



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**ESTUDIO DE UN CASO DE ADOPCIÓN CON
HISTORIAL DE MALTRATO: HACIA LA
REPARACIÓN DE UN TRASTORNO DEL
VÍNCULO DESDE EL ENFOQUE
PSICOANALÍTICO RELACIONAL**

Autora: Marta Femenía Parra

Tutor profesional: Alberto Alemany Carrasco

Madrid

Mayo de 2023

**Marta
Femenía
Parra**

**ESTUDIO DE UN CASO DE ADOPCIÓN CON
HISTORIAL DE MALTRATO: HACIA LA REPARACIÓN
DE UN TRASTORNO DEL VÍNCULO DESDE EL
ENFOQUE PSICOANALÍTICO RELACIONAL**



Tabla de contenido

Introducción.....	5
Importancia del Caso	5
Marco Teórico	9
Teoría del Apego	10
Psicoanálisis Relacional	12
Aspectos Relevantes del Psicoanálisis Relacional para el Presente Estudio	15
Objetivo del Estudio	18
Diseño.....	19
Presentación del Terapeuta.....	19
Metodología de Evaluación	19
CaMir-R (Balluerka et al. 2011).....	20
Presentación del Caso.....	22
Descripción del Caso y Motivo de Consulta	22
Antecedentes.....	23
Evaluación Inicial	24
Resultados CaMir-R (Balluerka et al., 2011)	24
Síntomatología Relevante.....	26
Formulación del caso.....	30
Tratamiento.....	39

Objetivos terapéuticos	39
Descripción del tratamiento	43
Establecimiento de un vínculo seguro	44
Fomentar la regulación emocional	45
Potenciar su capacidad de mentalización	51
Modificación de modelos de relación	55
Modificación de modelos operativos internos	58
Elaborar el trauma y re-narrar su historia	60
Resultados	63
Discusión	68
Referencias	72

Resumen

El presente estudio describe el abordaje del caso de una paciente de 19 años que fue adoptada de manera tardía y en la actualidad muestra un importante trastorno del vínculo, así como una destacada incapacidad de regulación emocional y una ausencia considerable de función reflexiva, fruto de las múltiples experiencias traumáticas vividas en su infancia. El caso se aborda desde una perspectiva psicoanalítica relacional. Este enfoque plantea que el origen del sufrimiento se da en relación con un otro, y que por tanto el proceso de curación debe darse también en este contexto. Por tanto, el espacio terapéutico se concibe como el ambiente idóneo para el cambio. En él, se busca que el terapeuta pueda actuar como la base segura que el paciente necesita para explorar su mundo emocional, con la seguridad de contar con otro capaz de ayudarlo a regularse. Desde esta posición, se fomenta también la función reflexiva del paciente. Así pues, se ofrece al paciente una experiencia relacional diferente a las que ha tenido previamente, desde donde poder comenzar a relacionarse con el mundo de manera más saludable. Dada la problemática presentada por la paciente, se considera que dicho modelo puede resultar idóneo para su tratamiento. Por todo ello, se busca comprobar la posible viabilidad de dicho modelo de intervención en el tratamiento de un caso con las características presentadas por la paciente.

Abstract

This study describes the approach to a case of a 19-years-old patient who was adopted at the age of 8. She currently presents a significant attachment disorder, as well as a notable inability to regulate her emotions. She also shows an important lack of reflective function. All these symptoms are associated with multiple traumatic experiences in her childhood. The case is treated from a relational psychoanalytic

perspective. This approach suggests that the origin of suffering takes place in relation to someone else, and therefore the healing process must also occur in this context. For this reason, the therapeutic space is conceived as the ideal environment for change. In it, the therapist seeks to act as the secure base that the patient needs to explore his emotional world, with the assurance of having someone capable of helping him regulate himself. From this position, the patient's reflective function is also encouraged. Thus, a different relational experience is offered to the patient. From it, he can learn a healthier way of relating to the world. Given the issues presented by the patient, this model is considered suitable for her treatment. Therefore, the viability of this intervention model in treating a case with the characteristics of this patient, is sought to be confirmed.

Palabras clave: Apego desorganizado, trauma, maltrato, adopción, psicoanálisis relacional

Keywords: Disorganized attachment, trauma, abuse, adoption, relational psychoanalysis

Introducción

Importancia del Caso

El presente trabajo se focaliza en el estudio del caso de una paciente con un trastorno del vínculo, cuyo origen parece estar en un apego desorganizado. Este se relaciona con vivencias preadoptivas de la paciente, tales como maltrato intrafamiliar e institucional.

Según el Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2021), entre el año 2017 y 2021, en España hubo un total de 4868 adopciones, 1711 internacionales y 3157 nacionales.

La bibliografía publicada a nivel internacional durante las últimas décadas ha demostrado que los niños adoptados presentan un mayor riesgo de padecer diversas de dificultades de adaptación, tanto si son adoptados de forma temprana como si el proceso tiene lugar en una etapa de la infancia más avanzada (Askeland et al., 2017; Palacios y Brodzinsky, 2010). Esto se ve reflejado en el hecho de que presentan mayores dificultades y problemas de comportamiento que sus homólogos no adoptados, lo que hace que requieran un mayor uso de los servicios de salud mental (Van IJzendoorn, Juffer, y Klein Poelhuis, 2005).

Para comprender el origen de estas dificultades, hay una serie de información relativa al contexto de adopción que se debe tener presente, comenzando porque, en ocasiones, el propio proceso de adopción puede suponer una experiencia desestabilizadora e incluso traumática para el menor (Brodzinsky et al., 2022). En cualquier caso, el menor tendrá que hacer frente al menos a una experiencia de abandono y pérdida intrínseca al proceso de adopción; la de sus padres biológicos (Legaz, 2003; Losada y Ribeiro, 2015). Afortunadamente, la adopción constituye una nueva oportunidad para el menor de crear un vínculo seguro, que, de llegar a establecerse adecuadamente, permite la resignificación de la experiencia previa de abandono (Román y Palacios, 2011).

En línea con lo anterior, se observa que las adopciones que tienen lugar dentro de los primeros seis meses de vida facilitan el establecimiento de un apego seguro (Howe, 1997), algo que resulta más complicado cuando la adopción ha ocurrido a una edad tardía, puesto que mayor edad suele implicar más tiempo de exposición a circunstancias adversas, tales como el maltrato o la negligencia (Palacios et al., 2019).

En línea con lo anterior, se observa que el establecimiento de un vínculo de apego seguro se da en mayor medida cuando la adopción tiene lugar dentro de los

primeros seis meses de vida (Howe, 1997). Cuando esta tiene lugar a una edad más tardía resulta algo más complicado, puesto que mayor edad suele implicar más tiempo de exposición a circunstancias adversas, tales como el maltrato o la negligencia (Palacios et al., 2019).

Son numerosos los estudios que relacionan el maltrato en la infancia sufrido por menores adoptados con una amplia variedad de problemas y dificultades emocionales, cognitivas, comportamentales, neurológicas e incluso de salud (DeJong et al., 2016; Hornfeck et al., 2019; Tarren-Sweeney, 2017). Además, el maltrato infantil constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de un apego desorganizado (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999).

Todo esto se ve agravado en los casos en los que el menor vive en una institución que tiene en cuenta sus necesidades básicas (alimentación, higiene, educación) pero deja al margen el cuidado del afecto, algo que con frecuencia ocurre en contextos de adopción internacional (Van IJzendoorn et al., 2020). En general, es complicado que una institución sea capaz de ofrecer el vínculo estable y selectivo que el menor necesita para su correcto desarrollo, algo que una familia sí podría ofrecer (Gómez y Berástegui, 2009). Como apuntan Román y Palacios (2011), durante este periodo, en que son atendidos por distintas personas, carecen de una figura de apego de referencia que les pueda ofrecer seguridad y estabilidad emocional. Las consecuencias de esto, si no son reparadas, acompañarán al menor a lo largo de su vida, y es que la falta de una figura de apego significativa produce un daño emocional que deja una importante huella en su capacidad de vinculación posterior (Rosas Mundaca, Gallardo Rayo y Angulo Díaz, 2000).

En línea con lo mencionado hasta el momento, se observa que los menores que han sido adoptados de forma tardía suelen presentar apegos desorganizados o trastornos

de vinculación. Generalmente, estos niños desconfían de los adultos, ya que sus experiencias vinculares con ellos se han caracterizado por la falta de respuestas sensibles a sus necesidades, generándose así un “conocimiento implícito relacional”. Este conocimiento implícito relacional adquirido por el niño afecta al modo en que se relaciona con los adultos y a lo que espera de ellos (Stern, 1998) y, en caso de no ser modificado, se mantiene a lo largo de los años, afectando a su manera de relacionarse.

Si bien esta información ya parece suficiente indicador de la importancia de la figura del psicólogo en dicho proceso de adaptación, encontramos otros estudios que respaldan este planteamiento. Así pues, parece que la recuperación ocurre con mayor facilidad en los casos en los que la familia adoptiva recibe apoyo de calidad proporcionado por personas clínicamente competentes en el tema (Atkinson, 2020).

Por todo lo expuesto, se considera un tema de actualidad y de relevancia clínica para la psicología.

Respecto al marco de trabajo, dados los problemas en la vinculación que tienden a presentar los menores adoptados, y el papel que parece tener el apego en todo ello, se considera importante trabajar desde un enfoque que tenga en cuenta estos aspectos.

Desde que Bowlby (1969, 1973, 1980) comenzase a hablar del apego, han sido múltiples los intentos de autores psicoanalíticos por integrarlos en su marco teórico. Especialmente, aquellos que trabajan desde una perspectiva relacional (Mitchell, 2000; Wallin, 2007).

A tal propósito han contribuido los avances en la investigación sobre apego que ha habido desde entonces. Entre estos destacan los estudios sobre apego adulto (Main, 1995), apego y psicopatología (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999) o sobre patrones de apego adulto y sus estilos relacionales asociados (Wallin, 2007).

Aparecen entonces obras como “*Relationality. From attachment to intersubjectivity*” de Mitchell (2000), en la se encuentra una combinación de las teorías del apego desarrolladas hasta el momento junto con las de autores psicoanalíticos relacionales pioneros, como Winnicott, Balint, Ferenczi, Fairbairn o Sullivan.

Por todo ello, parece que se halla en este enfoque un marco teórico desde el que poder trabajar con las relaciones de apego a nivel clínico.

Marco Teórico

El psicoanálisis constituye un abordaje teórico sobre psicología, centrado en el estudio del inconsciente humano, así como en la relación entre los procesos mentales de esta índole y los conscientes (Freud, 1915). Fue desarrollado por Sigmund Freud a finales del siglo XIX, en un intento de comprender el funcionamiento de la mente y de los procesos que llevan al ser humano a enfermar, tanto a nivel emocional como mental (Freud, 1981). A partir de ello, busca encontrar el modo de tratar ese sufrimiento psicológico.

En concreto, el psicoanálisis clásico de Freud se centra en el impacto que tienen las vivencias traumáticas acontecidas en la infancia sobre el desarrollo de la personalidad (Freud, 1925). Asimismo, trata de entender cómo los deseos inconscientes y los impulsos influyen en la conducta, y qué se puede hacer para superar dichas dificultades, en pro de una vida satisfactoria (Arlow, 1987). Así pues, el foco está puesto en comprender la psique del paciente, algo de lo que se encarga el analista, que es considerado un observador externo (Freud, 1912).

En contraposición a este planteamiento surge el psicoanálisis relacional en la década de 1980. Desde este nuevo enfoque, el foco se localiza en las relaciones interpersonales; se consideran el marco en el que se desarrolla la psique, y, por tanto, los problemas mentales (Mitchell, 1993). Del mismo modo, constituyen el marco en que

esos problemas pueden sanar (Hoffman, 1998). Por ende, el vínculo entre terapeuta y paciente cobra especial relevancia; así pues, se considera importante que el analista preste atención a su propia subjetividad, a fin de comprender mejor al paciente (Velasco, 2009).

Habiendo presentado brevemente el origen del psicoanálisis clásico y relacional, a continuación, se detallan aspectos relevantes de la teoría del apego, esenciales para la comprensión de este trabajo, y, seguidamente, se profundiza en aquellos aspectos teóricos del psicoanálisis relacional que resultan destacables para este estudio.

Teoría del Apego

De cara a facilitar la comprensión del texto, se advierte que en adelante se utilizará el término padre, madre y figura de apego de manera indistinta.

Bowlby (1969, 1973, 1980) describe el apego como un sistema adaptativo, caracterizado por patrones motivacionales y de comportamiento, que promueven la supervivencia del bebé; cuando este está asustado, busca la proximidad de su figura de apego (por lo general, la madre) a fin de recibir protección y cuidado. En función del tipo de respuestas que obtiene, el bebé desarrolla sus modelos operativos internos, los cuales constituyen un modelo de sí mismo, un modelo del otro y un modelo de su relación con la figura de apego. Más tarde, tal y como indica Bowlby, estas representaciones mentales influirán en cómo el infante se conciba a sí mismo, y en cómo se relacione con el mundo y con los otros.

También en función de los patrones de respuesta de su figura de apego ante sus necesidades, el bebé desarrollará un estilo de apego u otro. Los niños que de forma consistente tienen experiencias en las que los padres se muestran disponibles y responsivos en momentos de angustia tienden a desarrollar un estilo de apego seguro

(Ainsworth et al., 1978). Al contar con esta base segura, los niños aprenden progresivamente que pueden desenvolverse en el entorno a la vez que mantienen la proximidad con sus figuras de apego (Main, 2000). En cambio, cuando la figura de apego se muestra responsiva solo en ocasiones, los niños tienden a desarrollar apegos inseguros de tipo ansioso (Ainsworth et al., 1978). Cuando esto sucede, la atención del infante se centra en su madre, ya que carece de la seguridad de que, en caso de necesitarla, vaya a estar disponibles. Los padres de niños con este estilo de apego tienden a ser más sensibles a sus propias necesidades que a las de sus hijos, presentando una tendencia a invadir el espacio del niño (Belsky y Cassidy, 1994). Algo similar ocurre cuando la madre reacciona de forma ansiosa ante los potenciales problemas del día a día, trasladando esa preocupación al bebé, junto con el mensaje implícito de que el mundo es peligroso e impredecible (Fraley y Shaver, 2008). En las situaciones expuestas, la capacidad del niño de relacionarse con el entorno se ve limitada, mostrando respuestas ansiosas y de preocupación frente a la posible separación de la figura de apego, y buscando consuelo en esta cuando regresa (Main, 2000). Por último, si el niño percibe una falta de apoyo recurrente, tenderá a desviar la atención de la madre, centrándose en el entorno, y dando lugar así a un apego inseguro evitativo (Ainsworth et al., 1978; Main, 2000). Ante situaciones estresantes, los infantes este estilo de apego tenderán a reprimir sus emociones y a reducir el contacto con su figura de apego, ya que no la perciben como capaz de atender sus necesidades afectivas (Mikulincer et al., 2003).

Los estilos de apego descritos hasta el momento son estilos de apego organizados, en los que el infante se comporta de manera predecible en función de la situación. En el caso de los estilos inseguros, es capaz de hacerlo gracias a que mantiene su atención focalizada, o bien en la figura de cuidado, como ocurre con el estilo ansioso,

o bien en el entorno, como sucede con el estilo evitativo (Main, 2000). Sin embargo, Main y Solomon (1990), descubrieron un cuarto estilo de apego, el apego desorganizado, caracterizado por la impredecibilidad en el comportamiento del infante, quien presenta conductas contradictorias como mostrar una gran angustia frente a la separación, pero no buscar consuelo cuando la figura de apego vuelve a estar disponible. Adicionalmente, son característicos de este estilo de apego los signos de ansiedad y depresión en el infante, así como el afecto negativo desregulado, la desorientación, la disociación y el congelamiento. Dicho estilo de apego se asocia a contextos de malos tratos, de vulnerabilidad en el entorno y de riesgo relacional (Boris et al., 2004; Crittenden, 2008).

Psicoanálisis Relacional

El psicoanálisis relacional se concibe como un paradigma que engloba las teorías propuestas por diversos autores. Estas teorías recogen aportaciones del Psicoanálisis Interpersonal de Harry Stack Sullivan, del planteamiento de W. Ronald Fairbairn de la Escuela Inglesa de las Relaciones Objetales, de la Psicología del Self de Heinz Kohut, de perspectivas psicosociales como la de Pichon Rivière, y de otros autores como Donald W. Winnicott o Michael Balint, fundamentalmente.

Este nuevo enfoque surge en contraposición a la teoría motivacional del psicoanálisis clásico, la cual considera las relaciones interpersonales como un medio para satisfacer las necesidades pulsionales intrínsecas al ser humano (Greenberg y Mitchell, 1983). Desde el punto de vista relacional, el contacto con otros constituye una necesidad en sí misma, considerándose una condición necesaria para el desarrollo del individuo (Stern, 1985). De acuerdo con Mitchell, lo que el infante necesita realmente es una relación con otro, no tanto la gratificación o el placer. Por consiguiente, si las

experiencias con sus figuras de referencia le generan dolor, en lugar de buscar vivencias agradables en otras relaciones, aprenderá que el dolor es el vehículo en la interacción con un otro significativo (Mitchell, 2000). Este planteamiento es respaldado, entre otros, por las investigaciones sobre apego, que apuntan al deseo innato y a la necesidad del establecimiento de relaciones interpersonales (Bowlby, 1969, 1973, 1975; Lecannelier, 2006). Así pues, desde esta perspectiva, se considera que el yo se forma en el contexto de las relaciones establecidas, a partir de la imagen que los otros nos devuelven de nosotros mismos, es decir, a partir de las “evaluaciones reflejadas” de los otros (Sullivan, 1940). Se entiende, por tanto, que es la experiencia social la que conforma la personalidad; que los fenómenos psíquicos son experiencias interactivas en las que los otros ocupan un lugar no solo importante, sino también constitutivo. A partir del contacto con las figuras de referencia en la infancia, se desarrollan las “configuraciones relacionales” (Mitchell, 1988); modelos de experiencias interpersonales internalizados, que recogen nuestras expectativas sobre el comportamiento de los demás y de nosotros mismos, y que por tanto guiarán nuestra conducta social en el futuro. La constitución de estas configuraciones depende en parte de las experiencias vividas, pero no solo de ellas, ya que también entran en juego las necesidades que llevan a la búsqueda del vínculo y que se basan en la fantasía inconsciente (Pichon Rivière, 1985), es decir, en los deseos que hay detrás de esa búsqueda del vínculo y en la representación que el infante se hace de la relación.

Si bien se considera que estas configuraciones relacionales son relativamente estables, también son susceptibles de ser influenciadas y, por tanto, modificadas, en el contexto de nuevas experiencias sociales (Mitchell, 1988). Respecto a cómo ocurre esto, cómo influyen las figuras de cuidado en el desarrollo de la personalidad del bebé a través de sus interacciones, encontramos algunas investigaciones que arrojan luz sobre

la cuestión, como la de Beebe y Lachmann (1994). Estos autores plantean que puede ocurrir de tres formas: a través de patrones repetidos de interacción, mediante interrupciones en su sintonización que son posteriormente reparadas y en momentos de gran afecto. Trabajos como este ponen de manifiesto la continua influencia mutua que se da entre las personas sin que sean conscientes de ello.

Las implicaciones prácticas de estas premisas en las que se apoya el psicoanálisis relacional son diversas. Por una parte, si la identidad se co-construye en relación con otros, y el origen del sufrimiento se concibe en relación con un otro, la reparación se tiene que dar también en una relación (Velasco, 2009). Dado que se considera que nuevas experiencias relacionales pueden modificar nuestros modelos operativos internos, la interacción analista-paciente, así como las enactuaciones que entre ambos co-construyen, se convierten en un potente contexto de cambio, ocupando por tanto un importante lugar en la terapia (Hoffman, 1998). Al concebir las relaciones de este modo, se entiende que, al contrario de lo que ocurría en el psicoanálisis clásico, el terapeuta no puede ser posicionarse como un observador objetivo, sino que su propia subjetividad interactuará con la del paciente, y será en este contexto de relación compartida e influencia mutua donde se pueda trabajar para transformar las configuraciones relacionales del paciente (Velasco, 2009).

En cuanto a la concepción de la psicopatología desde este enfoque, se caracteriza por configuraciones relacionales rígidas y desadaptativas, que llevan al individuo a permanecer vinculado a relaciones dolorosas o frustrantes con figuras primarias. Su rigidez característica dificulta la permeabilidad frente a nuevas experiencias, convirtiéndolos en modelos más complicados de modificar (Perlman y Frankel, 2009). Así pues, de acuerdo con estos mismos autores, la práctica clínica desde este enfoque implica tanto la creación de nuevas configuraciones relacionales adaptativas

como, en cierta medida, la interpretación de las configuraciones persistentes que interfieren en el desarrollo del potencial y del bienestar del paciente. Para ello, la relación deberá poseer las características de una relación confiable; las cuales pueden ser concebidas en los términos de las características de un progenitor capaz de establecer un vínculo de apego seguro con su bebé.

Aspectos Relevantes del Psicoanálisis Relacional para el Presente Estudio

A fin de profundizar en las características que debe tener la relación terapéutica para que el paciente pueda sanar en dicha relación, se revisará a continuación de qué manera logran los padres que sus hijos desarrollen adecuadamente todo el potencial de sus capacidades.

En primer lugar, tal y como se ha descrito anteriormente, para desarrollar un apego seguro es necesario que la figura de cuidado se muestre responsiva en los momentos de angustia del bebé, calmándole y dándole posteriormente el espacio necesario para que pueda explorar el mundo, con la tranquilidad de poder volver a su base segura cuando lo necesite (en términos de Winnicott, “madre suficientemente buena”). Se habla, por tanto, de madres capaces de contener la emoción del niño, es decir, de madres que recogen aquella experiencia que para el niño resulta inmanejable, la procesan, la interpretan, y se la devuelven de forma que sea tolerable para el pequeño. A través de las experiencias en las que se produce una regulación interactiva de la emoción, el niño va adquiriendo la capacidad de pensar sobre su propia experiencia emocional, pudiendo así, eventualmente, procesarla por sí mismo (Bion, 1962). Para que esto ocurra, Fonagy et al. (1995) plantean que es importante, no solo que se dé una respuesta empática a la emoción y que se pueda afrontar y aliviar la angustia que produce, sino también que los padres reconozcan la postura intencional emergente del

infante, es decir, que reconozcan al niño como un ser con mente propia, potencialmente capaz de inferir las intenciones que se esconden tras el comportamiento de los padres. Si esto ocurre, la confianza del niño en el vínculo con sus padres se ve reforzado, es decir, se refuerza el apego seguro.

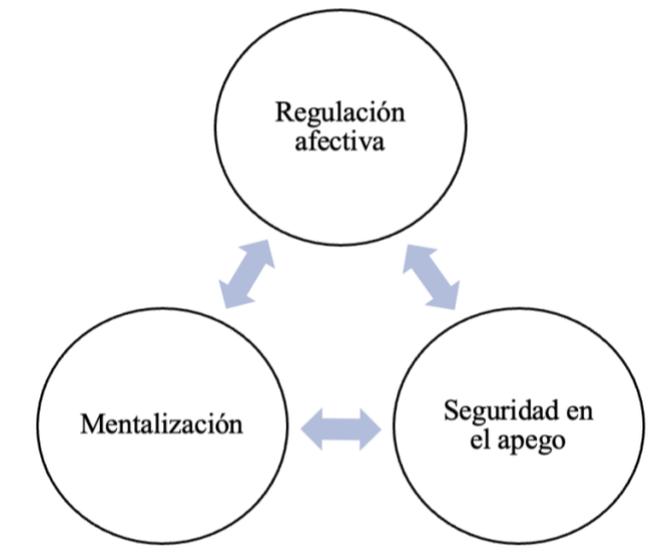
Para comprender la importancia que tiene el hecho de que los padres reconozcan la postura intencional emergente del infante, es necesario conocer el concepto de mentalización. La mentalización es el proceso mediante el cual tomamos conciencia de que nuestra mente media en la experiencia que tenemos del mundo (Fonagy et al., 2002). Según este mismo autor, su origen se encuentra en una capacidad a la que denomina función reflexiva. Esta función hace posible que veamos la profundidad psicológica que nos caracteriza, tanto a nosotros mismos como a los otros. Por ende, nos permite comprender la experiencia, propia y ajena, en términos de estados subjetivos (sentimientos, pensamientos, deseos, creencias...), entendiendo, a su vez, la interrelación que existe entre estos estados y el comportamiento manifiesto (Allen y Fonagy, 2006). Sin embargo, cabe destacar que esta no es una capacidad innata, sino que precisa del marco de un apego seguro para poder desarrollarse (Fonagy et al., 2002). Los padres que responden a la emoción del bebé de manera empática, transmitiéndole la capacidad de hacer frente las situaciones difíciles, lo hacen a través de un reflejo contingente y marcado. Mediante su expresión facial y el tono utilizado, reflejan el estado emocional del niño de forma marcada, es decir, algo exagerada, de modo que el niño lo pueda interpretar como una representación de su propio afecto, en lugar de percibirlo como un estado afectivo del padre o de la madre (Fonagy et al., 2002). Por tanto, a través de este reflejo en sintonía emocional, los padres le “devuelven al bebé su propio yo” (Winnicott, 1971, p. 118). Así, progresivamente, fomentan el aprendizaje de que sus emociones son estados mentales que pueden ser reconocidos y

compartidos, sentando las bases sobre las que podrá desarrollar la capacidad de control de impulsos y de regulación emocional (Allen y Fonagy, 2002). Con esto, se entiende que, cuando un padre actúa de manera responsiva y reconoce a su hijo como alguien con capacidad de hacer, pensar y sentir, es decir, como alguien con una postura intencional emergente, está permitiendo que este comience a percibirse como tal. En consecuencia, podríamos afirmar que ese padre está actuando como una figura mentalizadora (Fonagy et al., 1995).

Así pues, se observa que, desde un vínculo seguro, con una figura sensible y receptiva, el niño experimenta la posibilidad de regular sus emociones, manteniéndose dentro de un marco de tolerancia. Asimismo, la exposición a este tipo de experiencia de manera continuada termina por crear la expectativa de que dicha regulación es posible (Siegel, 1999). Este mismo efecto se logra en terapia cuando el analista sintoniza empáticamente con sus pacientes. Es desde esta vivencia de contar con una base segura, que el niño (o el paciente) siente la confianza necesaria para explorar el mundo, pudiendo descubrirse a sí mismo como un ser intencional, que actúa de determinada forma en base a sus deseos, sentimientos o pensamientos, al verse reflejado en su figura de cuidado (o en su terapeuta). En consecuencia, esta experiencia potencia el desarrollo de una postura mentalizadora, que, a su vez, aumenta la capacidad de regulación emocional y de sentir el vínculo como una base segura (Bateman y Fonagy, 2006). El mantenimiento de este círculo benigno (figura 1), tanto en la infancia como en la terapia, permite la creación de una base segura interiorizada. Asimismo, el refuerzo de los tres componentes de este círculo favorece el aumento de la coherencia en el sentido del yo, así como en la narrativa autobiográfica (Wallin, 2007).

Figura 1

Círculo benigno



Nota: Elaborado a partir del concepto de círculo benigno en *El Apego en Psicoterapia* (p. 139), por D. Wallin, 2007, Guilford.

Objetivo del Estudio

En la literatura existente se puede encontrar algún modelo de intervención orientado a reparar estos problemas de vinculación cuando el menor aún es pequeño, trabajando de forma conjunta con él y con sus padres, como es el caso de la “*Child-Parent Psychotherapy*” (Lieberman et al., 2006; Lieberman & Van Horn, 2008), que integra aspectos relevantes de la teoría del apego y el psicoanálisis relacional. Sin embargo, resulta complicado encontrar abordajes que tengan en cuenta las necesidades específicas de las personas que han atravesado esta situación y que llegan a la adolescencia/edad adulta sin haber podido reparar sus problemas de vinculación.

En ese sentido, el presente trabajo tiene como objetivo exponer la intervención llevada a cabo con una paciente de 19 años, que fue adoptada a los 8 y que en la actualidad mantiene grandes dificultades de vinculación, de metalización y de

regulación. Al igual que en el caso de la *Child-Parent Psychotherapy*, la intervención se enmarca en un modelo psicoanalítico relacional, integrando aspectos importantes de la teoría del apego y del tratamiento del trauma. Se busca así documentar la viabilidad que dicha terapia puede tener sobre una paciente con estas características.

Diseño

El diseño del presente estudio responde a una metodología cualitativa de estudio de caso, la cual permite acercar la práctica clínica a la investigación en psicoterapia (Borckardt et al., 2008). Concretamente, se trata de un estudio de caso clínico, en el que se analiza de forma descriptiva y narrativa la problemática de la paciente, así como la intervención llevada a cabo, incluyendo citas literales que resultan representativas y que facilitan la ilustración y comprensión del caso (Edwards et al., 2004).

Para su realización, se cuenta con el consentimiento informado firmado por la paciente.

Presentación del Terapeuta

El profesional responsable del caso, Alberto Alemany Carrasco, cuenta con más de 15 años de experiencia en el campo de la psicoterapia individual, siendo especialista en psicoterapia psicoanalítica relacional. En la actualidad es el director de MenteVita, clínica privada de la que es socio fundador y en la que se atiende el caso que resulta objeto de este estudio.

Metodología de Evaluación

La evaluación se hace principalmente mediante entrevista clínica. Adicionalmente, se considera de interés utilizar una escala de evaluación del apego,

debido a las alteraciones que éste suele presentar en personas con historias de vida similares a las de la paciente.

CaMir-R (Balluerka et al. 2011)

Para la evaluación del estilo de apego se administra el CaMir-R (Balluerka et al. 2011), instrumento de autoinforme con buenas propiedades psicométricas (validez y fiabilidad adecuadas) que permite evaluar el apego en adolescentes y adultos, tanto con fines clínicos como de investigación. Además, resulta adecuado para el propósito que se requiere, debido a que ha sido probado en muestras clínicas y no clínicas. Otro aspecto positivo es que es de administración breve; cuenta con 32 ítems, en los que el sujeto responde según una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 1 expresa total desacuerdo y 5 total acuerdo.

La estructura interna del test consta de los 7 factores presentados a continuación:

- Dimensión 1: Seguridad, disponibilidad y apoyo de las figuras de apego.
Hace referencia a la percepción de que las figuras de apego han sido sensibles a las necesidades del sujeto, tanto en la actualidad como en el pasado
- Dimensión 2: Preocupación familiar. Se relaciona con la ansiedad de separación de las figuras de apego, lo que dificulta la autonomía personal
- Dimensión 3: Interferencia de los padres. Dimensión referida a la sobreprotección en la infancia, que genera un resentimiento hacia las figuras de apego en la edad adulta, al hacerles responsables de los problemas de autonomía
- Dimensión 4: Valor de la autoridad de los padres. Se refiere a la valoración positiva de este valor

- Dimensión 5: Permisividad parental. Alude a recuerdos sobre falta de límites y guía por parte de las figuras de apego en la infancia
- Dimensión 6: Autosuficiencia y rencor contra los padres. Hace referencia al rechazo hacia los sentimientos de dependencia, al enaltecimiento de la autosuficiencia y al rencor hacia las figuras de apego
- Dimensión 7: Traumatismo infantil. Relacionado con la presencia de recuerdos sobre falta de disponibilidad y/o violencia por parte de las figuras de apego

Así pues, puntuaciones elevadas en la dimensión 1 se asocian con un estilo de apego seguro; en la 2 y 3 con la hiperactivación del sistema de apego, es decir, con un estilo de apego preocupado; en la 6 con la desactivación del sistema de apego, y por tanto, con un estilo evitativo; y en la 7 con uno desorganizado.

En base a las puntuaciones obtenidas en las 7 dimensiones descritas, se puede atribuir un estilo de apego seguro, preocupado o evitativo. De acuerdo con la información presentada, se considera que los participantes con una puntuación T igual o superior a 50 en la dimensión 1 (seguridad en el apego), presentan un apego seguro. Por debajo de esta puntuación, el apego de los sujetos se consideraría inseguro. La distinción entre apego ansioso y evitativo se hace en función de si las puntuaciones presentadas en las dimensiones 2 (preocupación familiar) y 3 (interferencia de los padres) son mayores que en la 6 (autosuficiencia y rencor contra los padres), en cuyo caso se trataría de una persona con apego ansioso; o si, por el contrario, las puntuaciones en el factor de autosuficiencia son mayores que en los factores de preocupación familiar e interferencia de los padres, lo que permitiría clasificar al participante como sujeto con apego evitativo.

Por su parte, los factores 4 (valor de la autoridad) y 5 (permisividad parental), ofrecen información sobre la estructura familiar que permite completar el análisis realizado. En el caso de la dimensión valor de la autoridad, puntuaciones elevadas se relacionan con estilos de apego seguro. El rechazo a esta autoridad se asocia a estilos evitativos y la aceptación con resentimientos a estilos preocupados. En cuanto al factor de permisividad parental, altas puntuaciones se asocian con estilos de apego inseguros e incluso desorganizados.

Si bien el apego desorganizado no se evalúa como tal, ya que, al no responder a un patrón concreto resulta complicado medirlo con una prueba de autoinforme, se especifica que puntuaciones elevadas en la dimensión 7, traumatismo infantil, pueden ser indicativas de un apego desorganizado.

Presentación del Caso

Descripción del Caso y Motivo de Consulta

Irina es una joven de 19 años de origen ruso, que fue adoptada por una familia de nivel socioeconómico alto a los 8 años de edad. Acude a consulta por problemas en la relación con sus padres y por preocupación por su futuro. Refiere tener mucha ansiedad con 2º de bachillerato, asociada a un elevado miedo al fracaso académico. Se plantea abandonar los estudios y comenzar a trabajar. Comenta también que “quizás podría querer tratar algo de mi infancia”.

En el momento de inicio de la terapia convive con su madre y padre adoptivos, con quienes refiere tener una relación “no muy buena, no me hablo con ellos”. Son ellos quienes le proponen la posibilidad de obtener ayuda profesional, a lo que accede por los problemas de ansiedad que presenta.

Antecedentes

Presenta un historial de maltrato intrafamiliar en la familia de origen, donde predomina la figura de un padre autoritario, que agredía verbal y físicamente tanto a Irina como a su madre. Según refiere la paciente, su madre biológica ejercía la prostitución y, en ocasiones, se la llevaba consigo, cabiendo la posibilidad de que haya sufrido abuso sexual. Tiene el recuerdo de vivir en una casa con más niños, teniendo presente la figura de al menos un hermano.

Estando con su madre, en torno a los 4-5 años fue secuestrada por un señor (no se cuenta con datos contrastables sobre la edad que tenía en ese momento). Irina presenta una gran culpa por “haber abandonado a mi madre, podría haber intentado escapar, pero no lo hice”. Tras esto, no volvió a saber de su familia de origen.

No refiere ningún episodio de malos tratos por parte del señor, pero tras un tiempo la abandonó, momento en que fue llevada a un orfanato.

El orfanato estaba regentado por monjas a las que recuerda como muy castigadoras. Encontramos aquí otras figuras de apego poco disponibles, nada responsivas y maltratadoras. Refiere haber recibido cariño por parte de ellas, pero también fuertes castigos, tanto físicos como emocionales. En este lugar afianzó la dinámica de ocultar sus necesidades, ya que cualquier acto, petición o manifestación emocional que se saliese de lo establecido, se consideraba molesto y era duramente penalizado (golpes, palizas).

Aproximadamente dos años después fue adoptada por su familia actual. Parece que no fue aceptada por parte de su familia extensa, lo cual se ve reflejado en comentarios directos que recibía de su parte. Por ejemplo, refiere que su tía materna le repetía que “nunca vas a ser uno de nosotros porque eres adoptada”. Estas experiencias pudieron complicar el correcto desarrollo de vínculos seguros. Además, relata varios

episodios que llevan a pensar que estos padres tuvieron dificultades para ser lo suficientemente responsivos, lo que dificultó la posibilidad de tener una experiencia emocional correctiva en el vínculo con ellos. Por ejemplo, relata que recién adoptada la dejaban muchas noches sola en casa.

Dos años después de llegar a España se mudaron a Australia. Recuerda esa etapa como un periodo desagradable, llegando a presentar un intento de suicidio tras una discusión con una amiga, motivo por el que fue ingresada en psiquiatría y estuvo 1 año en terapia. Comenta que no le gustó la experiencia porque la terapeuta le preguntaba demasiado por su infancia y compartía la información que le daba con sus padres, “hasta tenía sesiones a solas con ellos para contarles todo”.

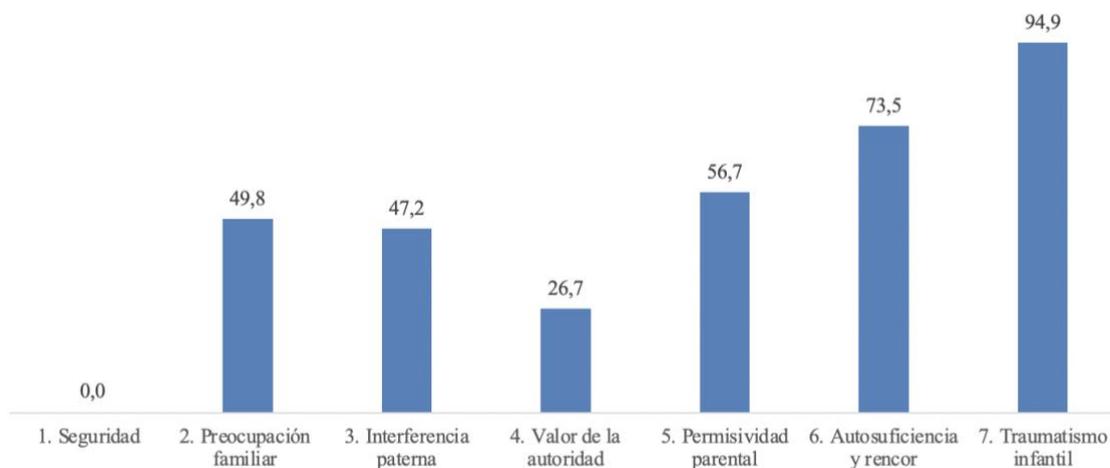
Evaluación Inicial

Resultados CaMir-R (Balluerka et al., 2011)

Tal y como se observa en la figura 2, el apego presentado por Irina es claramente inseguro o desorganizado. Sus puntuaciones en el factor de seguridad ($T=0,0$) y de valorar de la autoridad parental ($T=26,7$) ofrecen una evidencia sólida de que su apego no es seguro.

Figura 2

Puntuaciones T de Irina en el CaMir-R (Balluerka et al., 2011)



Por su parte, la elevada puntuación en el factor autosuficiencia (T=73,5) remite a la existencia de un apego inseguro evitativo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las puntuaciones obtenidas en la dimensión de preocupación familiar (T=49,8) e interferencia de los padres (T=47,2), referente al apego inseguro preocupado, si bien son menores que en factor autosuficiencia, tampoco son bajas.

Por último, la elevadísima puntuación en la dimensión traumatismo infantil (T=94,9) sugiere la presencia de un apego desorganizado.

En resumen, el análisis cuantitativo del CaMir-R (Balluerka et al., 2011) hace patente que el apego de Irina no es seguro y que hay una fuerte presencia de trauma en su infancia, lo que está altamente relacionado con estilos de apego desorganizados (Lecannelier, et al., 2011). Además, parece que tiene una tendencia clara a patrones evitativos, pero con presencia también de reacciones propias de un apego ansioso.

A nivel cualitativo, los comentarios realizados por la paciente mientras completaba el cuestionario también resultan interesantes. Por ejemplo, frente al ítem 7 “las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas” (Balluerka et al., 2011), Irina hizo el siguiente comentario, con tono de humor “con mis padres biológicos, con el señor, con la gente de la granja, con las monjas, con mis padres adoptivos... ¿cuál de todas?”. Este comentario refleja la falta de estructura y la desorganización en la infancia de la paciente, algo que indudablemente repercute en su estilo de apego (Solomon & George, 1999). Adicionalmente, destaca la dificultad que encuentra la paciente a la hora de responder a un cuestionario planteado para evaluar el estilo de apego en situaciones medianamente estructuradas, ya que, como se comenta en el apartado anterior, el CaMir-R (Balluerka et al., 2011) está diseñado para evaluar estilos de apego organizados: seguro, inseguro ansioso e inseguro evitativo. Si bien se trata de una limitación importante, la falta de cuestionarios capaces

de medir esta cuarta categoría de apego, ligado a la presencia de la dimensión 7 del cuestionario que actúa como indicador de un posible apego desorganizado, hizo que el terapeuta se decantase por este test.

Otro comentario llamativo fue respecto al ítem 29 “es importante que el niño aprenda a obedecer” (Balluerka et al., 2011), frente al que Irina respondió “es importante pasar desapercibido para estar a salvo”. Este razonamiento llevó a Irina a puntuar alto en dicho ítem, que en realidad está planteado bajo la lógica de que el valor de respeto a la autoridad familiar se relaciona con la seguridad en el apego.

Sintomatología Relevante

Respecto a la información recopilada a través de la entrevista clínica, destaca la expuesta a continuación.

Al analizar el plano relacional, se observa en Irina un patrón de relaciones interpersonales inestable y polarizado; su visión de los otros alterna entre los extremos de idealización y devaluación. Parece que cuando conoce a alguien y simpatiza con él, idealiza el objeto, marcando así inconscientemente unos estándares muy elevados para esa persona. Sus elevadas expectativas respecto al otro y la relación que comparten, hacen que si ese otro se comporta de forma distinta a la esperada por ella, le genere una gran decepción, lo que la lleva a devaluarlo por completo y no querer volver a saber nada de esa persona. Esto hace que el conflicto esté muy presente en sus relaciones, que cada vez son más escasas. En ese sentido, presenta un apoyo social muy limitado.

Por otra parte, el malestar producido por estas altas expectativas no afecta únicamente a su relación con los demás, sino también a su relación consigo misma. Irina cree que los otros depositan estas mismas expectativas sobre ella, manteniendo la firme creencia de que si no está a la altura los otros la rechazarán, lo que impacta directamente en su autoestima. En relación con esto, se aprecia una autoestima

polarizada en negativo, así como un bajo sentido de autoeficacia, “no soy capaz”, “no valgo”, “soy fea”. Además, a la hora de tomar decisiones, presenta grandes dificultades, demostrando una importante inseguridad y falta de confianza en su criterio. Por tanto, se advierte un narcisismo altamente dañado.

Adicionalmente, presenta un enorme miedo al abandono. En general, su visión de las personas con las que se relaciona tiende a ser negativa, predominando una desconfianza permanente hacia los demás. Esto en ocasiones la lleva a testar el vínculo, teniendo incluso conductas explosivas y desafiantes con las que busca la confirmación de ese abandono que tanto espera pero que a la vez tanto teme. Por ejemplo, al hablar de los exámenes hace referencia a la importancia que los estudios tienen para su madre, fantaseando con que el abandono del bachillerato podría suponer el abandono de su madre.

En cuanto a la gestión emocional, se advierte una falta muy importante de autorregulación. Destaca su baja tolerancia a las emociones, tanto propias como ajenas, lo que la lleva a conductas de escape/huida, obstaculizando también que se puedan dar procesos de heterorregulación. Cuando inicia el proceso terapéutico presenta una gran ansiedad y angustia por los exámenes, algo que la bloquea y la lleva a querer abandonar el bachillerato. Asimismo, se observa una gran dificultad para compartir sus emociones. Verbaliza que las emociones son algo absurdo, que no sirve para nada y que, en todo caso, nos hacen débiles, algo que ilustra con ejemplos de su vida “cuando el señor me llevó con él al principio lloré mucho. Unas señoras me vieron y vinieron a preguntarme qué me pasaba, se lo expliqué y no hicieron nada, nadie puede hacer nada, es absurdo llorar”. En esa línea, destaca la negación de todas las emociones displacenteras, convirtiéndolas en enfado. Así pues, como defensa, cuando algo le produce, por ejemplo, tristeza o vergüenza, la emoción que muestra es el enfado.

Resulta llamativo el grado de disociación que presenta respecto a ciertas situaciones, especialmente de su vida en Rusia; tratándose de situaciones potencialmente traumáticas, las relata como algo totalmente normalizado, añadiendo en ocasiones comentarios como “es curioso” o “me hace gracia”. En esa línea, presenta una narrativa inadecuada y culpabilizadora de su infancia, que se ve representada en oraciones tales como la que se plantea a continuación, que tuvo lugar en una conversación sobre el secuestro que sufrió mientras estaba con su madre “yo abandoné a mi madre, podría haber intentado escapar o saltar del tren en marcha, pero no lo hice”. Todo ello guarda una estrecha relación con su preocupación por el bienestar de los otros, anteponiendo sus necesidades a las suyas propias.

En general, su comunicación es adecuada y adaptada al contexto. Se expresa de forma clara, mantiene el contacto visual al hablar y comprende y utiliza el humor con frecuencia. Sin embargo, a menudo se sumerge en sus pensamientos y su discurso se ve alterado; sin ser consciente de ello, farfulla y baja el volumen. Del mismo modo, a veces comienza a hablar sobre algo que acaba de recordar sin contextualizar. Por ejemplo, en una conversación sobre los estudios de pronto dice “el padre dijo una vez...”, y cuando el terapeuta pregunta de qué padre habla responde “sí, mi padre tiene un amigo que tiene 3 hijos. Total, que ese amigo que es padre [...]”. Su falta de conciencia de estos episodios de comunicación ambigua podría hablar de la difusa frontera que percibe entre ella y los demás; parece que cree que el terapeuta puede seguir su hilo de pensamiento a pesar de que no lo esté expresando con claridad.

Esta dificultad en la comprensión de los límites con los otros va más allá de lo expuesto en relación a la comunicación. Así, se trata de algo especialmente llamativo en el plano emocional; Irina cree firmemente que si comparte su emoción con alguien el otro la sentirá de la misma forma que la siente ella. De igual modo, cuando un otro

importante para ella manifiesta una emoción displacentera, ella la siente como propia, viéndose invadida por la misma, lo que le genera mucha angustia y le produce rechazo hacia la expresión emocional. Por ejemplo, no se ve capaz de compartir ciertas vivencias de su infancia temprana con su madre porque cree que le producirá una tristeza insoportable. De la misma forma, si su madre llora ella se siente invadida por su tristeza; no es capaz de colocar esa tristeza en su madre, la siente como suya.

Adicionalmente, destaca la posición excesivamente egocéntrica que adopta a la hora de comprender aquello que le sucede a la gente de su alrededor; de manera inconsciente, se coloca a sí misma como responsable de lo que le ocurre al otro, de modo que, por ejemplo, si su madre está triste, ella presenta el firme convencimiento de que es porque ella ha hecho algo que le ha molestado, mostrándose incapaz de valorar alternativas tales como que haya podido tener un mal día en el trabajo, o que haya discutido con una amiga.

Por otra parte, Irina es consciente de que no se comporta como la mayoría de personas que la rodean, pero no alcanza a comprender el motivo. Por ejemplo, se da cuenta de que no llora en momentos en los que los otros lo hacen, o que no es capaz de tolerar ciertas emociones de los otros como los demás sí las toleran. Su desconocimiento sobre la causa de estos fenómenos la llevan a intentar dar respuesta. Puesto que lo que ha observado, a través de la prensa, libros y películas es que las personas a las que les ocurre esto son psicópatas, fantasea con que pueda ser esa la causa de su comportamiento, algo que le genera gran angustia. Se observa, por tanto, una visión de sí misma como una persona mala, merecedora de daño. Esto, a su vez, es coherente con la narrativa culpabilizadora que hace de su historia; se atribuye a sí misma las desgracias que le han ocurrido a lo largo de la vida. Asimismo, se advierte una visión del mundo como un lugar amenazante, en el que ocurren cosas malas de

manera recurrente, y donde no hay nada que se pueda hacer para impedirlo. Es decir, su visión del mundo como un lugar peligroso viene de la mano de una percepción de incapacidad por su parte para relacionarse con dicho mundo.

Formulación del caso

A partir de la entrevista clínica, y con el apoyo de los resultados obtenidos en el cuestionario CaMir-R (Balluerka et al., 2011), se ha elaborado la formulación del caso que a continuación se presenta.

Si bien no disponemos de mucha información sobre su familia biológica, los episodios de malos tratos de su padre hacia su madre y hacia ella, junto a las sospechas de que su madre consentía que abusasen sexualmente de ella, no hablan de unas figuras de apego responsivas para con las necesidades de la paciente en su infancia. Algo similar sucede con las figuras de cuidado en el orfanato. Las experiencias que recuerda de esta etapa de su vida podrían explicar su relación actual con el mundo emocional. Irina narra como en el orfanato el llanto, así como cualquier otra expresión emocional o comportamiento que expresase alguna necesidad de los niños, era duramente castigado por las monjas “una vez me pegaron tanto que me abrieron la cabeza por llorar”. En este ambiente, las figuras de cuidado, lejos de actuar como la base segura y responsiva que los menores necesitan para su desarrollo, le enseñaron que sus necesidades no son importantes, y que expresar lo que uno siente es peligroso.

Como se detallaba en el marco teórico, las investigaciones que respaldan este enfoque ponen de manifiesto que el infante prioriza ante todo la relación con sus figuras de apego. Si estas figuras tienen conductas negligentes, o incluso si causan daño al menor, este comprenderá la situación en términos de “no soy querible”, “no merezco cuidado” o “meresco daño”. En el caso de Irina, las experiencias de abandono añaden a su visión de sí misma mensajes tales como “meresco ser rechazada” o “meresco ser

abandonada”. Todo esto, ligado a la falta de experiencias positivas que la hicieran sentir valiosa y digna de amor, da lugar a la percepción de sí misma que mantiene a día de hoy. Del mismo modo, estas experiencias en las que el entorno le ha enseñado que no es confiable, dan lugar a la desconfianza hacia los otros (tabla 1). Es en este contexto en el que Irina construye su identidad como una persona mala, responsable de las desgracias que le han sucedido. Por ejemplo, en la sesión 12, el 20 de junio de 2022, hablando sobre el hombre que la secuestró mientras estaba con su madre, afirma que “yo abandoné a mi madre al irme con ese señor, podría haber hecho algo para escapar, pero no lo hice”. Así, la narrativa inadecuada y culpabilizadora que presenta en relación a su infancia cobra sentido; culparse a sí misma era más protector que culpar a su figura de apego, de la que dependía para sobrevivir. En la actualidad, Irina mantiene esta narrativa de su historia; se responsabiliza de las desgracias que le han ocurrido, e incluso se culpa de las consecuencias que las mismas hayan podido tener sobre sus seres queridos. A modo de ejemplo, en la sesión 12, tras la conversación mencionada con anterioridad, Irina afirma no querer buscar a su familia de origen, en parte porque tiene la firme convicción de que su padre habrá matado a su madre por su culpa, “cuando me llevaba con ella él la amenazaba con que si algún día no volvía la mataría”.

Tabla 1*Modelos operativos internos de Irina*

Sobre sí misma	Sobre el mundo y los otros	En relación con el mundo
		No puedo enfrentarme a los obstáculos
No soy querible	No ayudan	No puedo encontrar protección
No soy valiosa	No comprenden	Voy a hacer cosas que me lleven a ser abandonada
Merezco daño	Abandonan	
Merezco ser rechazada	No saben gestionar emociones	No puedo hacer que se me comprenda
Merezco ser abandonada	Son peligrosos	No voy a saber buscar ayuda
Soy mala	No son confiables	Me voy a meter en relaciones que me hagan daño
		Voy a hacer por ser rechazada

En línea con lo comentado anteriormente, se advierte que la infancia de Irina estuvo marcada por la carencia de una figura contenedora (Bion, 1962). En ausencia de experiencias de regulación interactiva de la emoción, Irina no tuvo la oportunidad de experimentar cómo los otros pueden ayudarla a regularse lo que, en última instancia, imposibilitó que aprendiese a autorregularse. Estas vivencias explican que Irina experimente las emociones como algo peligroso y poderoso, que pueden hacer que uno pierda el control, y que, por consiguiente, deben evitarse a toda costa. También dentro de este marco se puede comprender la dificultad que presenta Irina a la hora de compartir sus emociones. Al no haber tenido una experiencia de contención, no cree que los demás vayan a ser capaces de sostener sus emociones. Asimismo, el rechazo hacia las emociones que vivió por parte de los adultos que la cuidaban, influyó en la

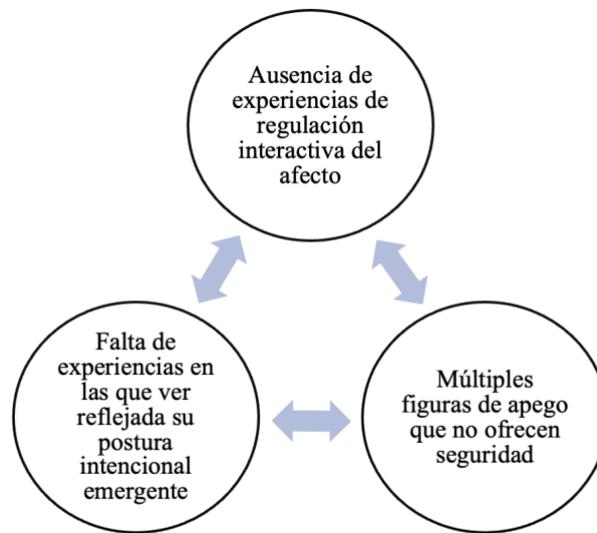
construcción que a día de hoy mantiene de que los demás, y en concreto los adultos, son seres emocionalmente frágiles a los que hay que proteger.

En este contexto, tampoco hubo espacio para una figura que le enseñase que sus necesidades son tan importantes como las de los otros. El mensaje implícito con el que ha estado siempre en contacto es que las necesidades de los otros son más importantes que las suyas. Por ejemplo, cuando su padre la agredía, el mensaje que ella como niña recibía es que era más importante que su padre expresase su furia o se desahogase, a que ella preservase su bienestar; o cuando las monjas del orfanato le pegaban para que no llorase quedaba claro que era más importante que ellas pudieran descansar y estar tranquilas, a la necesidad que ella pudiera tener y que la llevaban a llorar. Por consiguiente, no habiendo experimentado nunca que sus necesidades importan, resulta lógico que dé más valor a las necesidades de los otros y que se responsabilice de su bienestar.

Con todo, es razonable considerar que careció de una figura mentalizadora en la infancia (figura 2), que fuera capaz de devolverle un reflejo de sí misma como un ser intencional diferenciado de los demás. En la actualidad, esta falta de mentalización se hace evidente en las dificultades que presenta para comprender los límites que existen entre ella y los demás; parece que Irina no pudo aprender que sus sentimientos le pertenecen a ella, y por más que los comparta con otro esto no lo abrumará, ya que no sentirá su misma emoción ni con su misma intensidad.

Figura 2

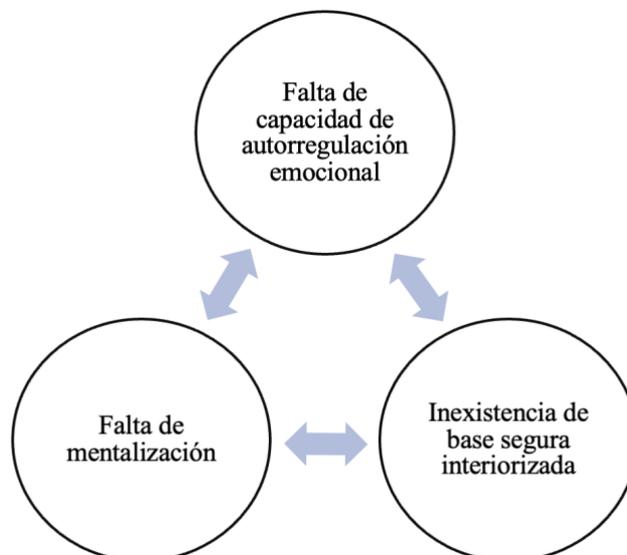
Experiencias de Irina en la infancia



Así, se llegaría a la situación que se advierte en Irina en el momento de comenzar la terapia (figura 3).

Figura 3

Interrupción del círculo benigno



Todo lo expuesto hasta el momento habla de un importante trastorno en el vínculo, con el impacto en la regulación emocional y en la función reflexiva que ello conlleva. Esta información resulta coherente con la presentada por Lieberman (2003),

quien apunta que los trastornos del apego alcanzan su mayor gravedad en ambientes de malos tratos, negligencia y deprivación socioafectiva en la primera infancia, especialmente cuando estas situaciones se asocian con una variabilidad en las figuras de cuidado, algo común en contextos de institucionalización. Otros indicadores del trastorno de apego de Irina los encontramos en la Entrevista de Apego Adulto de Main, et al. (1985), quienes observaron que los adultos con un estilo de apego desorganizado presentaban una narración autobiográfica desorganizada, lo cual se ve reflejado en alteraciones en el curso del razonamiento, así como en una pérdida de la conciencia del discurso al hablar de episodios del pasado que implican situaciones potencialmente traumáticas, como pueda ser el maltrato. Por consiguiente, los episodios de comunicación ambigua y difusa que presenta la paciente cobrarían sentido en el marco de un apego desorganizado.

En el contexto de un apego desorganizado, es esperable que la persona evite o rechace las relaciones al vivirlas como algo potencialmente peligroso. En el caso de Irina, se advierte un importante miedo al abandono, que podría tener que ver con una concepción de la relación en términos de “uno abandonado” y “otro abandonado”. En las relaciones tempranas, las figuras más cercanas dejan su huella como “objetos internos”, que constituyen representaciones mentales de nosotros mismos y de los otros (Fairbairn, 1946). Esta relación de objeto hace referencia al esquema que la persona ha desarrollado sobre sus relaciones, más que a las relaciones reales. A pesar de que no suelen ser imágenes conscientes, guían nuestras expectativas y reacciones hacia los demás (Ruszczyński, 1993). Así pues, en el marco de una relación objetal de “uno abandonado” y “otro abandonado”, testar la relación podría ser una forma de empujar al otro a cumplir el rol que inconscientemente se le ha asignado (el de abandonado). En ese caso,

la transferencia de Irina hacia el otro haría que esperase que la trataran como se la trató en sus primeras relaciones; abandonándola.

Teniendo en cuenta que las relaciones objetales sesgan la interpretación de la realidad, en el marco de la expectativa de abandono, entender la creencia de Irina de que, si uno no hace exactamente lo que se espera de él, la decepción del otro será tan grande que le llevará a abandonarle, podría tener sentido. Especialmente si se toman en consideración las experiencias tan extremas que sufrió Irina en su infancia, comprendiendo el impacto que tuvieron en el desarrollo de su psiquismo.

En esa línea, las elevadas expectativas que pone en el otro pueden estar actuando como un mecanismo de defensa al facilitar que el otro la decepcione, dando pie así a que se pueda mover al rol complementario del que suele actuar, es decir, haciendo posible que sea ella quien abandone al otro y protegiéndola así de ser abandonada. Del mismo modo, las altas expectativas que cree que los demás tienen puestas sobre ella, así como la anticipación de su posible decepción irreparable, la ponen en preaviso de un posible abandono. Adicionalmente, la llevan a comportarse de tal forma que empuja al otro a cumplir su rol. Por ejemplo, la ansiedad que presenta respecto a los exámenes cuando llega a consulta, parece que guarda relación con el miedo a que, si fracasa, su madre la abandone, ya que, según comenta, para su madre los estudios son muy importantes. Esta ansiedad lleva a Irina a tener fantasías de dejar los estudios, algo que se podría interpretar como una prueba al vínculo con su madre. Inconscientemente, Irina espera que el fruto de esa acción, si la lleva a cabo, sea el abandono de su madre, lo que constituye un ejemplo de cómo se busca inconscientemente la confirmación de la relación objetal.

Asimismo, la falta de mentalización puede estar jugando un importante papel en las expectativas que Irina deposita en la relación con un otro; la falta de comprensión

sobre la existencia de una mente propia en cada individuo, la lleva a creer que su emoción y la del otro son lo mismo, lo que indirectamente implica que el otro puede y debe hacerse cargo de su emoción, del mismo modo que ella puede y debe hacerse cargo de la emoción del otro. En esa línea, se observa una posición egocéntrica en sus planteamientos sobre aquello que ocurre a su alrededor; la falta de diferenciación con los demás hace que se sienta responsable/causante de lo que siente el otro. Por ejemplo, cuando su madre está triste, Irina piensa que se debe a algo que ella ha podido hacer o decir, no pudiendo contemplar la posibilidad de que haya tenido un mal día en el trabajo. Por todo lo expuesto, las emociones del otro son muy desbordantes para Irina.

Por otra parte, la polarización del otro, observada en la alternancia entre idealización y devaluación del objeto, puede ser entendida como el uso de la escisión como mecanismo de defensa. Este mecanismo de defensa primitivo permite al bebé organizar su psique al inicio de la vida, al separar lo gratificante de lo frustrante (Klein, 1932). Cuando el bebé crece, si se dan las experiencias necesarias, aprende que el objeto que en ocasiones puede resultar gratificante, también puede ser fuente de frustración. En términos de Klein, esta integración del “pecho bueno” con el “pecho malo” se da cuando el niño entiende que el objeto de amor y de odio es el mismo, comenzando a percibir el objeto total; la madre que me quiere y me cuida es la misma que en ocasiones se ausenta. Si no se da esta integración, el infante seguirá utilizando la escisión como sistema organizador de la experiencia, protegiéndole frente a situaciones ambiguas, facilitando así su comprensión del mundo (Mason & Kreger, 1998). Así pues, la persona entenderá, como le ocurre a Irina, que, si alguien le genera una experiencia emocional displacentera, significa que es malo, y por tanto tiene sentido devaluarle, y si le hace sentir bien, es bueno, y en consecuencia le idealiza.

Hasta el momento se ha analizado el origen de la sintomatología presentada por Irina. No obstante, es importante hacer hincapié, no solo en el origen, sino también en los factores que la han mantenido a lo largo del tiempo. Según la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) la adopción se concibe como una medida especial, cuya finalidad es proteger a un menor cuando su familia de origen no puede hacerse cargo de él. Se trata pues de una oportunidad sanar, de resignificar su historia. Sin embargo, en el caso de Irina parece que no se dieron las condiciones necesarias para que esto ocurriese. En primer lugar, cabe destacar que el daño en el vínculo que presentaba cuando conoció a su familia adoptiva era muy grande. Adicionalmente, Irina comenta algunos episodios que hablan de una figura paterna poco responsiva, que hacía comentarios hirientes y la menospreciaba en presencia de otros. Por ejemplo, refiere que “cuando era pequeña tenía la maldita manía de ponerme en ridículo delante de sus amigos (...) me sentía fatal, se me estropeaba el día (...) alguna vez le dije que no lo hiciese, pero no me sirvió de nada”. Además, relata episodios en los que ella testaba el vínculo, empujándole a actuar el rol, en los que este terminaba por actuar como ella esperaba de él. A modo de ejemplo, cuenta que en una ocasión en la que iban en coche manteniendo una discusión, “me hizo bajarme del coche y me dejó en mitad de la carretera”. Del mismo modo, refiere que tras grandes peleas “pasaba mucho tiempo sin dirigirme la palabra”. A pesar de no tratarse de abandonos como tal, estas situaciones podrían tener suficiente impacto emocional como para confirmar la relación objetal. Incluso aunque no fuera así, distan mucho de ser experiencias que permitan una reparación del vínculo.

Respecto a su madre, habla de ella como alguien que se esfuerza por contenerse, que esconde su malestar en el trabajo, y que cuando se desborda se encierra en sí misma. A pesar de que esta gestión emocional puede reforzar los modelos de Irina sobre

la evitación emocional y el no compartir emociones, describe diferentes episodios en los que sí se muestra responsiva frente a sus necesidades, siendo por tanto una figura que podría rescatarse en terapia para proporcionar experiencias emocionales correctivas a la paciente fuera del espacio terapéutico.

En cuanto a la relación entre sus dos nuevas figuras de apego, Irina refiere que “discuten mucho por tonterías, pero suelen dejarme al margen”. Ese “dejarla al margen” consiste en intentar no discutir delante de ella, donde su madre tiende a callarse (evitar) y su padre tiende a abandonar la estancia (escapar). De esta forma, de manera inconsciente, están impidiendo que Irina pueda conocer un modelo sano de discusión. Asimismo, implícitamente le enseñan que el enfado se gestiona evitándolo o escapando de él. Estas experiencias pueden haber reforzado su creencia de que los adultos son seres emocionalmente frágiles a quienes hay que proteger, que no podrían contener su emoción si la mostrase. Esto, a su vez, se relaciona con su aprendizaje previo de que debe responsabilizarse del bienestar emocional de los adultos.

Por otra parte, las escasas ocasiones en las que ha intentado compartir sus experiencias de su primera infancia con alguien se remontan a los 9-10 años, siendo su interlocutora otra niña de su misma edad que, como cabe esperar, no pudo sostener su malestar y le cambió de tema, reforzando su creencia de que “la gente no quiere escuchar estas cosas, ya lo intenté y mira lo que ocurrió”.

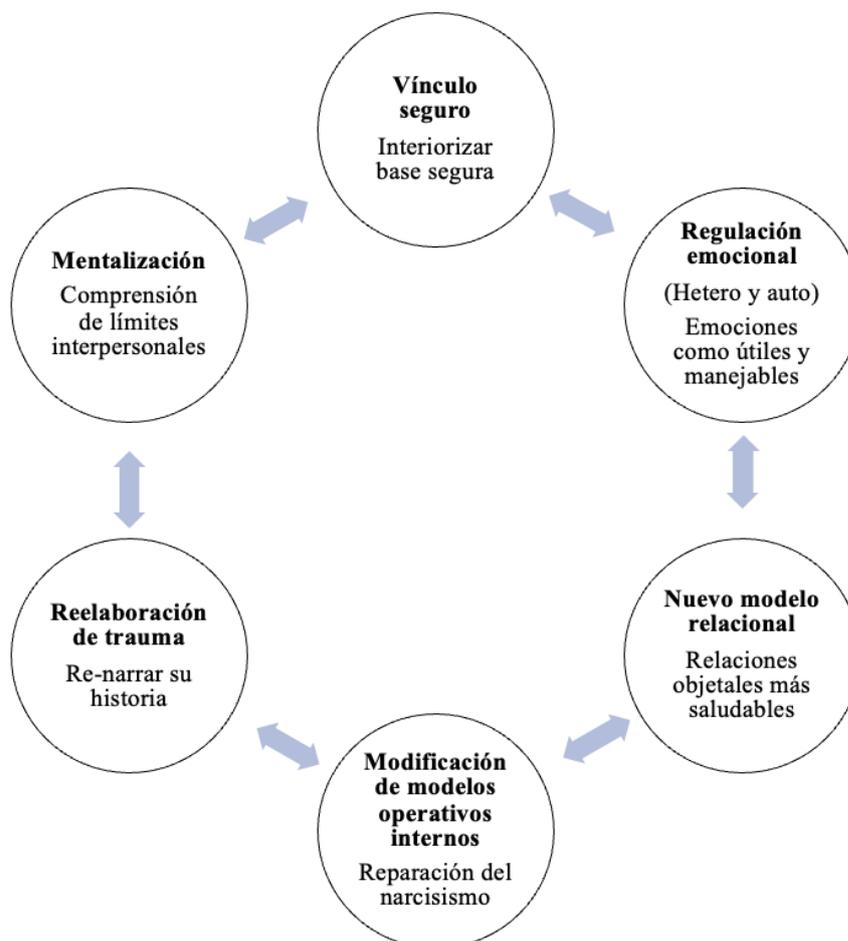
Tratamiento

Objetivos terapéuticos

A continuación, en la figura 4 se representan los principales objetivos de la intervención.

Figura 4

Principales objetivos terapéuticos en la intervención con Irina



El objetivo inicial de la intervención está enfocado a la generación de un vínculo seguro y confiable entre terapeuta y paciente, algo que Irina ha tenido dificultades para experimentar fuera de terapia. Esto proporcionaría a la paciente la posibilidad de vivenciar una experiencia vincular positiva, requisito necesario para trabajar sobre su apego. Desde esta base segura, se espera que Irina sienta la confianza necesaria para explorar su mundo emocional, brindándole la oportunidad de experimentar las emociones de forma diferente. Con un terapeuta capaz de actuar como una figura contenedora, Irina podrá tener una vivencia de heterorregulación emocional, que le permita sentir las emociones como algo manejable, y no como algo extremadamente poderoso que puede hacerla perder el control. Desde esa posición en la que las

emociones dejan de percibirse como una amenaza, será posible que Irina aprenda la importancia y la utilidad que tienen. A su vez, podrá comprobar que compartir lo que uno siente con los demás resulta conveniente, ya que los otros también pueden ayudarnos a regular nuestras emociones. Esto hará posible trabajar su tolerancia afectiva, fomentando su capacidad para reconocer y sostener una emoción a pesar de la vergüenza o el dolor que le produzca, sin que ello desorganice su discurso.

Dentro del marco de seguridad creado en la relación terapéutica también se busca fomentar la función reflexiva de Irina. A través de la interacción con el terapeuta, quien actuará como figura mentalizadora capaz de devolverle su postura intencional, Irina podrá ir tomando conciencia de esta, interiorizando así, progresivamente, el hecho de que tiene una mente propia, independiente de la de los demás. Por tanto, le permitirá reconocer su estado emocional como propio, comprendiendo la relación que hay entre este y su comportamiento. Del mismo modo, le facilitará la comprensión de la conducta de los otros en base a sus estados emocionales. Esto, a su vez, la ayudará a comprender que compartir sus emociones no abrumará a los otros, ya que son seres diferentes a ella, con su propia mente y sus propios sentimientos. Además, tendrá un impacto en su forma de vincularse con los demás; por una parte, le abrirá la puerta a compartir sus estados emocionales con otros sin miedo a que se desregulen, facilitando la regulación emocional a través de un otro, y, por otra parte, al tomar conciencia del límite existente entre ella y los demás, se espera que las elevadas expectativas que pone en las relaciones se reduzcan, disminuyendo así el nivel de conflictividad que presenta actualmente.

Todo lo presentado hasta el momento, ofrecerá a Irina un modelo de relación alternativo a los que conoce, algo que, si se mantiene en el tiempo, puede dar lugar a la integración de nuevos modelos relacionales, que permitan comprender las relaciones en

términos distintos a “uno abandonado”, “otro abandonado”. Se pretende también, desde ese vínculo seguro, brindar experiencias a Irina en las que pueda no estar de acuerdo con el terapeuta, pueda no gustarle lo que dice/hace, o éste pueda no mostrarse del todo sensible a sus necesidades en algún momento, pero en las que todas estas situaciones tengan un espacio para ser reparadas, de tal forma que, progresivamente, pueda integrar en un mismo objeto aspectos positivos y negativos, dejando de necesitar la escisión como mecanismo de defensa.

Asimismo, este modelo de relación alternativo pretende ofrecer a Irina una experiencia relacional en la que pueda aprender que es valiosa e importante, desde donde poder comenzar a modificar sus modelos operativos internos, a fin de alcanzar una visión positiva de sí misma, del mundo y los otros, y de ella en relación con el mundo (tabla 2). Este trabajo permitirá ir reparando el daño en su narcisismo, aumentando así su autoestima y su sentido de autoeficacia. Por su parte, el cambio en la percepción de los otros, dejando de sentirles como abandonados y peligrosos, pasando a sentirles como seres confiables, favorecerá el establecimiento de vínculos con los demás, lo que facilitará un incremento en su red de apoyo.

Tabla 2

Modelos operativos internos deseados

Sobre sí misma	Sobre el mundo y los otros	En relación con el mundo
	Ayudan	Soy capaz de enfrentarme a los
Soy querible	Comprenden	obstáculos
Soy valiosa	Respetan	Puedo encontrar protección
Merezco respeto	Quieren	Puedo hacer que se me
Merezco amor	Saben gestionar	comprenda
Soy buena	emociones	Puedo buscar ayuda
	Son confiables	Voy a hacer por ser querida

Por otra parte, se espera que, con la ayuda de un analista empático, capaz de brindar un espacio seguro y contenedor, Irina pueda traer experiencias de su pasado que le resultaron perturbadoras, a fin de poder re-narrar su historia, brindándole una narración alternativa desculpabilizadora y más ajustada a la realidad. Con ello cabe esperar que Irina pueda gradualmente ir organizando e integrando sus experiencias traumáticas.

Con todo, se puede afirmar que se busca potenciar el correcto funcionamiento del círculo benigno, a fin de que, eventualmente, Irina sea capaz de autorregular sus emociones, interiorizar una base segura y tener una función reflexiva desarrollada, con el consiguiente impacto que ello tendrá sobre el resto de la sintomatología presentada. Debido a que el daño a todos estos niveles es muy elevado, cabe suponer que el proceso de reparación será largo.

Por último, es importante señalar que cabe esperar que el tratamiento esté marcado por idas y venidas de la paciente. Al igual que le ocurre en el resto de sus relaciones, es esperable que en algún momento el espacio terapéutico sea percibido como malo, lo que posiblemente la lleve a abandonar la terapia. En ese sentido, se pretende establecer un vínculo suficientemente seguro como para que, en caso de que esto ocurra, el terapeuta pueda metacomunicar lo ocurrido, de forma que Irina se sienta en confianza para regresar a terapia cuando se sienta preparada.

Descripción del tratamiento

La intervención llevada a cabo hasta el momento presente ha tenido una duración de casi un año (11 meses), contando con un total de 35 sesiones. A fin de

facilitar la comprensión del tratamiento, este apartado se estructurará englobando los principales objetivos trabajados. No obstante, es importante señalar el elevado grado de interconexión que existe entre ellos, ya que, tal y como se ha presentado en apartados anteriores (y en la figura 4), aspectos centrales de la intervención como son los elementos del círculo benigno, véase el apego, la mentalización y la regulación afectiva, se encuentran altamente relacionados, de manera que el trabajo sobre uno de ellos impacta positivamente en los otros.

Establecimiento de un vínculo seguro

A fin de generar vínculo con Irina, el terapeuta se muestra responsivo ante sus necesidades. Ello implica, en primer lugar, respetar sus tiempos. Irina es una joven muy vergonzosa, por lo que resulta importante evitar indagar en temas sobre los que la paciente no se ve preparada para hablar. En lugar de ello, el terapeuta, a fin de ganarse su confianza y de comenzar a establecer una relación en la que Irina se sienta verdaderamente importante para el otro, explora sus intereses, dándole espacio para hablar de ellos. Constituye un ejemplo de ello la comunicación personal adjunta a continuación, que tuvo lugar el 28 de marzo de 2022, al inicio de la 2ª sesión del proceso terapéutico de Irina (T: Terapeuta, I: Irina, nombre ficticio).

I: ¿De qué tengo que hablar?

T: ¿De qué quieres hablar?

I: ¿De nada? – *Dice Irina con sarcasmo*

T: Entonces no hablaremos de nada – *Responde el terapeuta utilizando el humor. Ambos ríen*

I: ¿Puedo hablar de lo que quiera?

T: Por supuesto, es un espacio para ti, aquí la importante eres tú, si a ti te resulta interesante, a mí también me lo resultará – *Entonces, Irina comienza a hablar sobre fútbol, algo a lo que el terapeuta responde mostrando un gran interés*

Por tanto, en un inicio, se dedica una parte considerable del tiempo a hablar sobre videojuegos, viajes y fútbol. En este proceso están siempre muy presentes el humor y la ironía, algo con lo que Irina conecta muy bien y que la ayuda a sentirse cómoda. Progresivamente, Irina va sintiendo la seguridad suficiente en la intimidad del espacio terapéutico como para empezar a hablar de problemas de su día a día que le generan malestar y preocupación. Así, el terapeuta se centra en atender la demanda que trae la paciente en cada momento, más que en tratar de profundizar sobre el motivo de consulta original, el cual estaba más relacionado con la demanda que tenían sus padres. Esto hace posible que, eventualmente, Irina comience a traer también pensamientos y recuerdos que la atormentan.

Fomentar la regulación emocional

Para lograr este objetivo, el terapeuta asume un rol similar al de la madre en la infancia, ofreciéndole una experiencia de regulación interactiva de la emoción. Para ello, recibe su experiencia y, sin juzgarla, la comprende, la interpreta y se la devuelve de forma que le resulte más manejable; es decir, actúa como una figura contenedora. En ocasiones, esto supone ayudarla a poner palabras a lo que siente y/o dar una explicación que le permita comprender lo que siente, lo que en última instancia posibilita que regule su emoción.

A modo de ejemplo, se expone la transcripción de una parte de la sesión número 31, del 23 de enero de 2023. Al inicio de la sesión, el terapeuta advirtió a Irina de que su madre le había escrito para trasladarse su preocupación por la paciente, a quien veía

últimamente más aislada. Reflexionando juntos sobre cómo está y como le gustaría estar, el terapeuta hace la siguiente pregunta (T: Terapeuta, I: Irina):

T: ¿Te mereces estar bien? – *Irina se emociona y quita la cámara. El terapeuta sostiene la emoción, respetando el espacio que ella necesita para digerirla, y la ayuda a poner nombre a lo que ha ocurrido. Primero, pregunta por posibles emociones – ¿Es tristeza?*

I: No

T: ¿Es enfado?

I: Sí, por no saber por qué me pasa esto

T: ¿Entiendo que apagar la cámara por vergüenza?

I: Sí

T: Quiero agradecerte que no hayas salido corriendo, creo que es un acto de valentía, y también quiero decirte que siento que lo estés pasando mal. Eres capaz de sostener esta emoción. Tienes derecho a emocionarte. Es importante comprender lo que ha pasado, parece que una pregunta aparentemente sencilla ha conectado con el dolor y el enfado. ¿Quieres hablar de ello o prefieres que lo haga yo? – *Irina permanece en silencio, vuelve a conectar la cámara y señala al terapeuta. Continúa emocionada y se le caen algunas lágrimas – Voy a intentar ponerle palabras, si digo algo que no sea cierto me dices. Hablábamos a cerca de la visión de tu madre de que no estás bien. Habías reconocido que suele acertar, que hay una opción de que sea cierto que no estás bien ahora. Cuando te he preguntado si merecías estar bien te has emocionado. Puede que pienses: no merezco estar bien, mamá, psicólogo, dejad de presionarme para que lo esté*

I: Puede, no sé si lo había pensado así – *Responde Irina con la voz entrecortada*

T: Tendría sentido que solo lo hubieras sentido. Durante mucho tiempo solo recibiste daño del resto del mundo. Eso transmite el mensaje de que uno no se merece cosas buenas. Cuando una niña sufre tanto necesita explicárselo, y pensar que no merezco cosas buenas puede ser una explicación. Quizás por eso mi pregunta ha hecho *crack*. Siento que hayas tenido una vida tan difícil; siento que tus padres no pudieran transmitirte que mereces cosas bonitas, siento que en el orfanato no te enseñasen que mereces cosas bonitas, pero es no es tu responsabilidad, no es verdad, sí mereces cosas bonitas y tienes esa capacidad, estoy convencido de ello, ¿tiene sentido esto que digo?

I: Puede, no lo sé – *se seca las lágrimas*

En esta transcripción se puede observar como el terapeuta hace de espejo de Irina, poniendo nombre a sus emociones y dándole un sentido a lo que le ocurre. A su vez, le transmite calma, enseñándole que las emociones no tienen por qué ser nocivas.

Por otra parte, la paciente manifiesta la necesidad de entender por qué reacciona del modo en que lo hace: “Al año de llegar aquí falleció la madre de una niña de mi clase. Recuerdo que veía a las otras niñas de mi clase emocionadas y yo no sentía nada, no podía enseñar eso porque no me salía, ¿por qué soy yo así?”. Incluso llega a confesar con gran angustia que siempre ha creído que podía ser psicópata, ya que es la única explicación plausible que encuentra que puede justificar su manejo de las emociones. Por ello, también en pro de la reparación de su narcisismo, es importante que Irina comprenda el origen y el motivo de su gestión emocional; no es que ella sea incapaz de empatizar ni de regularse emocionalmente porque “*soy mala*”, sino que se trata de procesos que se aprenden en la infancia y que a ella nadie le pudo enseñar; es decir, su funcionamiento es el esperable dada su historia de vida.

Esto se ve reflejado en la entrevista del día 30 de enero de 2023, la número 32. Tras lo ocurrido en la sesión anterior, transcrita en este mismo apartado, Irina mantiene el pensamiento de que llorar es absurdo, que no sirve para nada, solo para frustrarse por haber llorado; de hecho, comenta que no entiende por qué tuvo esa reacción y está muy frustrada. Se presenta a continuación un fragmento de dicha sesión (T: Terapeuta, I: Irina).

T: Sería bueno darle un sentido a lo que ocurrió, si no te puedes quedar con miedo a que vuelva a pasar en cualquier contexto

I: ¡Justo eso es lo que me da miedo!

T: Vamos a buscar posibles explicaciones de por qué pudo pasar

I: Yo no sé cómo describirlo, si tú pones palabras yo te puedo decir si sí o si no.

T: Cuando pase el tiempo en terapia iré dejando de hacerlo porque tú podrás ponerle palabras. No nacemos sabiendo poner palabras a lo que nos pasa, nos lo tienen que enseñar, ¿te han enseñado?

I: No, pero tampoco creo que sea necesario, no creo que a mi madre se lo enseñasen

T: Sí, esas cosas ocurren; por ejemplo, cuando un niño pequeño está triste, sus padres le explican lo que le pasa

I: Pues no, a mí no me pasó

T: Cuando ocurre muchas veces, el niño aprende a identificar lo que le pasa y a ponerle palabras. Pero para eso el adulto tiene que entender que las emociones del niño son importantes; aunque ellos sientan otras emociones, no pueden dejar que pasen por encima de las del niño

Posteriormente, el terapeuta hace énfasis en que, afortunadamente, es algo que puede modificar, y que ya está en el camino de hacerlo. Dado que se trata de un tema

central en el tratamiento Irina, esta explicación aparece en diversas ocasiones a lo largo de las sesiones, a fin de que la paciente pueda ir integrándola.

En esa línea, tras unos meses de tratamiento, cuando Irina comparte alguna situación que le produce una emoción intensa que, aunque le produzca vergüenza, es capaz de sostener, el terapeuta destaca su capacidad para gestionar la emoción, con el objetivo de que tome conciencia del aumento producido en su tolerancia afectiva, y de que, progresivamente, vaya percibiendo las emociones como algo manejable, en lugar de como algo peligroso. Por ejemplo, en la sesión número 26, el 12 de diciembre de 2022, Irina se mostraba preocupada al anticipar la muerte de su abuela. En ese contexto, tiene lugar la conversación presentada a continuación (T: Terapeuta, I: Irina).

I: Me siento débil con las emociones últimamente, en otro momento de mi vida todo me habría dado igual

T: Sin embargo, llevamos meses trabajando con emociones desagradables que pensabas que no podrías sostener y has sido perfectamente capaz. Del mismo modo que ha ocurrido con la ansiedad y la rabia, puede ocurrir con la tristeza

Asimismo, el terapeuta utiliza las ocasiones en las que Irina trae una situación en la que otro ha mostrado una emoción que ella no comprende para analizarla, de tal forma que pueda entender qué buscaba, inconscientemente, esa persona a través su emoción, cuál era su origen y su función. Esta situación ve representada en la sesión del 28 de noviembre de 2022 (número 24), en la que Irina contó que su madre había llorado delante de su tía y de ella, algo que le generó una profunda incomodidad (T: Terapeuta, I: Irina).

T: ¿Identificas que el llanto te incomoda?

I: Sí

A: Parece que ves el llorar como algo peligroso

I: Está bien expresar emociones

T: No parece que lo veas así

I: Es que llorar es la máxima expresión de tristeza, no está bien, no entiendo para qué sirve, ¿qué consigues?

T: Respuesta por parte de los demás

I: Por ejemplo, en el tren – *hace referencia a cuando la secuestró el señor mientras estaba con su madre en la estación* – se me acercaron tres mujeres a preguntar qué me pasaba, pero no pudieron hacer nada. Los demás no pueden solucionar lo que te está pasando

T: ¿Crees que no ha servido para nada cuando has llorado aquí?

I: Me he dado cuenta de que las cosas me afectan más de lo que pensaba, pero antes no lo pensaba y no me afectaba

T: Llorar hacía que te dieras cuenta de que te afectaban

I: No, hablar de ello me afectaba, ¿es posible que no lo recordase hasta que lo hablé?

T: Ocurre con recuerdos especialmente dolorosos. Pero que lo puedas hablar significa que estás segura

I: Porque sé que no afecta a mi vida – *hace referencia a llorar en consulta, en un espacio donde nadie de fuera la ve*

T: ¿Y cómo te has quedado al llorar?

I: Aliviada

T: Parece que llorar te sirve para sentirte aliviada y para comprender la dimensión de tus vivencias, mientras a mí (o a cualquiera que te rodee), me permite entenderte. Aunque no supieras reaccionar ante el llanto de tu madre, te permitió entender que eso para ella era importante

I: Puede ser, pero eso es muy cursi, podrían haberlo hecho en la intimidad

T: Que te incomodase no significa que no fuera íntimo. Llorar no es peligroso, tiene sentido. En este proceso vas a aprender a sostener el llanto

Como se observa en la transcripción, estas situaciones permiten también explorar cómo siente ella esas emociones, lo que facilita la comprensión de su posición respecto a las emociones y permite abordarlo, tal y como se analizará en el apartado referente al objetivo de re-elaboración del trauma.

Potenciar su capacidad de mentalización

Al igual que ocurre con los objetivos mencionados anteriormente, para potenciar la función reflexiva de Irina, el terapeuta, del mismo modo que haría una madre con su bebé, trata de devolver a la paciente su postura intencional. Para ello, presta atención a lo que expresa tanto de forma verbal, como, especialmente, de forma no verbal. De esta manera, capta sus emociones y se las devuelve enfatizadas, algo que también ayuda a mejorar su regulación emocional. Al hacer esto, señala que la emoción de Irina es suya, pero no del terapeuta, mostrándose empático y demostrándole que, por más que lamente su dolor, ese dolor no es suyo, sino que es de Irina, y por tanto a él no le va a desregular; puede compartirlo con él sin preocuparse de que se asuste. Marca así los límites interpersonales que existen entre ambos, a la vez que se trabaja sobre su creencia de que los otros, especialmente los adultos, son débiles y debe protegerles de sus emociones. De igual modo, analiza situaciones que ocurren fuera de consulta, señalando el límite entre su mente y la del otro.

A continuación, se adjunta un fragmento de la sesión número 18, del 10 de octubre de 2022, en la que se observa la línea de intervención mencionada. Este día, Irina mostraba preocupación por su situación en el restaurante donde comenzó a trabajar

al dejar los estudios, lugar en el que recibía un trato inadecuado por parte de los jefes, que además depositaban en ella grandes responsabilidades a cambio de una baja remuneración (T: Terapeuta, I: Irina).

T: ¿Crees que puedes compartir esa preocupación con tu madre?

I: No quiero que se agobie

T: ¿Te da miedo que no pueda sostenerlo?

I: Sí, ya tiene muchas preocupaciones

T: Es normal que se preocupe por su hija, pero esa preocupación no la impedirá seguir con su día a día. A ti te agobia porque es tu vida, eres tú quien sufre yendo a trabajar a ese restaurante a diario, pero si se lo cuentas, aunque se preocupe, seguramente no se agobie, porque esa emoción es tuya, no suya. Ella podrá sostenerla, y compartirlo te aliviará

A fin de que Irina comprenda que los otros actúan del modo en que lo hacen guiados por sus pensamientos, sentimientos y emociones, sacándola así de la posición egocéntrica que adopta, el terapeuta recurre a pedirle explicaciones alternativas respecto a un suceso cuando Irina atribuye el comportamiento del otro a algo relacionado con ella misma. Para ello, en primer lugar, pide a Irina que traiga a la conversación las opciones que se le ocurren y posteriormente las completa con diferentes alternativas, de forma que, gradualmente, Irina pueda ir integrando la idea de que pueden existir diferentes explicaciones para un suceso, y que no necesariamente tienen que estar relacionadas con ella, sino que pueden tener que ver con lo que el otro siente o piensa en ese momento. Cuando es posible, el terapeuta trae la situación a la relación terapéutica para poder trabajarla desde ahí, como ocurre en la sesión del 28 de noviembre de 2022 (sesión número 24). Irina llevaba toda la semana sin salir de casa, excepto para asistir a los eventos sociales de sus padres, algo que le molestaba.

T: ¿Por qué crees que lo hacen? – *haciendo referencia a llevarla a sus eventos*

I: Asumo que es porque quieren que salga

T: Puede ser, también parece que les gusta estar contigo

I: Es una opinión subjetiva

T: Sí, pero eso parece. O quizás se preocupen por ti – *Irina resopla* – ¿entiendes que detrás de este comportamiento pueda haber preocupación por ti?

I: Son eventos muy postureo

T: Bueno, es posible que quieran presumir de hija, “mira lo orgulloso que estoy como padre, voy a traer a mi hija para que la conozcan” – *Irina se ríe* – O tal vez les preocupe que no tengas muchos amigos y quieren que conozcas a gente

I: A veces pienso que lo hacen para fastidiarme

T: No juegues a adivinar el pensamiento – *ambos ríen* - ¿cómo puedes saber por qué te llevan?

I: No se lo voy a preguntar

T: Sería bueno saber por qué lo hacen

I: ¿Tú como padre no haces cosas para fastidiar a tus hijos?

T: ¿Crees que puedo tener esa motivación? ¿Lo hago contigo?

I: A veces me haces preguntas incómodas – *Irina ríe*

T: ¡Pero no son para fastidiarte!

I: Lo sé

T: Puede que hagan cosas que te fastidien, pero no sean para fastidiarte. Sería bueno que pudieses aprender a discernir cuando alguien hace algo para fastidiarte y cuando no. Conmigo has aprendido que, aunque sea incómodo, sabes que no lo hago por fastidiarte

Irina no responde, pero asiente con la cabeza

Adicionalmente, se trabaja también en la integración de las diferentes partes del otro, a fin de prevenir la polarización. Para ello, es importante que comprenda, y que experimente, que un otro que es bueno y la quiere puede hacer cosas que no le gusten, y no por ello pasa a ser alguien despreciable a quien sacar de su vida. El terapeuta la advierte de que “seguramente en algún momento yo también haré algo que no te guste, pero no será con intención de hacerte daño, y a pesar de ello seguiré aquí para ti”. Al mantener estas conversaciones suele conectar con la historia de sus tres mejores amigas. Al inicio de la terapia encuentra motivos para haber roto la amistad, relacionados con alguna decepción que sufrió. Sin embargo, según avanza el tratamiento estas razones se van desdibujando y va conectando con los puntos positivos que tenían. Por ejemplo, en la sesión número 29, el 9 de enero de 2023, cuando Irina se plantea retomar el bachillerato, haciendo una lista de pros y contras, el terapeuta le pregunta si socializar le parece una ventaja. Responde entonces que no quiere que le vuelva a pasar lo que le pasó con otras amistades. A raíz de esto, se realiza un repaso de sus amistades a fin de que conecte con las experiencias positivas que ha tenido en la relación con otros. Comienza recordando amistades en las que predominaba el conflicto y el malestar. Al seguir con la conversación, conecta finalmente con otras en las que se sintió cómoda (T: Terapeuta, I: Irina).

I: María era muy divertida, volvería a ser su amiga

T: ¿Qué pasó con María?

I: No me gustó cómo se comportó, me decepcionó

T: ¿Qué hizo?

I: No me acuerdo, pero no me gustó

T: Y, ¿vale la pena perder una relación por algo que no recuerdas? – *Irina duda*

– Nadie se va a comportar siempre justo de la forma que tú esperas, y es posible

que eso no te haga sentir bien en ocasiones, pero si te alejas de la gente perderás también los buenos momentos que te pueden ofrecer, como los buenos ratos que pasabas con María. Aunque María alguna vez te hiciera sentir mal al no hacer lo que tú esperabas, en general te regalaba muy buenos momentos. Si le hubieras permitido seguir a tu lado, posiblemente habría seguido haciéndote sentir bien. Del mismo modo, a pesar de que yo quiera ayudarte, habrá veces que no te haga sentir bien lo que te digo, pero eso no significa que no esté aquí para ayudarte

Modificación de modelos de relación

Una experiencia emocional correctiva tiene lugar cuando el otro actúa de manera diferente a como la persona, en base a su expectativa relacional, esperaría (Alexander y French, 1946). En el caso de Irina, sus expectativas, como se apuntaba en la tabla 1, implican que el otro no sea capaz de escucharla ni de ayudarla, debido a su incapacidad para sostener su malestar, lo que eventualmente lo lleva a abandonarla. En consecuencia, Irina siente que cuando se relaciona con otro debe protegerlo ocultando su historia y sus emociones. Por tanto, para modificar estas expectativas el terapeuta debe mostrarse abierto a escucharla, dispuesto a ayudarla, sin abrumarse por lo que Irina comparta ni por sus emociones. Nótese, por ende, la necesidad de que el terapeuta actúe como figura contenedora, capaz de tolerar la emoción de Irina, ayudándola a regularla.

Por otra parte, para alcanzar este objetivo se recurre también a interpretar las vivencias de Irina, algo que paulatinamente permite traer a su conciencia su modelo de relación con el otro. En relación con esto, se trabaja también su concepto de decepción, con el objetivo de que pueda entender que los otros no siempre actuaran como deseamos, del mismo modo que nosotros tampoco lo hacemos como ellos esperan, pero que esto no tiene por qué suponer el fin de una relación. Se le explica que, en el

contexto en el que creció, un comportamiento que distaba de lo deseado por el otro podía tener grandes repercusiones, por lo que es comprensible que conciba de tal modo las relaciones; sin embargo, en su realidad actual esto posiblemente sea diferente. Este tema aparece muy claramente reflejado durante los primeros meses de terapia, cuando Irina quiere dejar los estudios por la ansiedad que le produce, mientras fantasea, asustada, con que esto supondría el fin de la relación con su madre. Irina presenta la firme convicción de que su madre la echaría de casa y no le volvería a hablar si eso ocurriese, porque supondría una decepción muy grande para ella. Cuando meses después se vuelve a plantear estudiar bachillerato, vuelve a aparecer su miedo al fracaso. Tiene lugar la conversación presentada a continuación, el 19 de diciembre de 2022, en la sesión número 27 (T: Terapeuta, I: Irina).

T: Te preocupa el miedo al fracaso. ¿Cuándo hacías bachiller qué miedos tenías?

I: Decepcionar a mis padres

T: ¿Crees que les decepcionaste?

I: Un poquito

T: ¿Qué entiendes por decepcionar?

I: No hacer lo que la otra persona espera que hagas

T: Entiendo que con esa definición pienses que les decepcionas. Yo por decepcionar entiendo otra cosa; entiendo cuando haces algo que el otro no esperaba pero que supone una agresión a lo que sí esperaba. Y entiendo que, si el miedo a suspender es perder a tus padres, el riesgo es muy grande, ¿como para no estar nerviosa! Sin embargo, ya has dejado antes los estudios y no solo no les decepcionaste, sino que parece que vuestra relación ha mejorado, al menos con tu madre

I: Con mi padre diría que también

T: Por tanto, sus actos no parecen indicar decepción. Cuando alguien no hace lo que tú esperas a ti si te decepciona, pero no todo el mundo funciona así, tus padres pueden respetar que quieras hacer algo diferente de lo que ellos esperan y no por ello te van a dejar de querer

I: Sus gestos indican que sí

T: Tu madre no contactó conmigo para que hicieses exámenes, sino para que estuvieses mejor. Le pregunté qué pasaría si dejases bachiller y me dijo que absolutamente nada. Estás poniendo tu pensamiento en su cabeza, pero ellos no se decepcionan – *Se observa aquí también un ejemplo de intervención enfocada a potenciar la mentalización, al señalar el límite entre su mente y la de otro*

I: Cuando te enfadas la relación se rompe

T: Tú funcionas así, y eso te hace mucho daño, porque las personas pasan del blanco al negro, pero tu madre te ha demostrado muchas veces que se puede enfadar y seguir estando ahí para ti, y Rocío también – *Rocío es una amiga de la infancia*

I: Me voy dando cuenta de eso

T: Pierdes gente que te importa, porque nadie hará siempre justo lo que esperas, y estás sometida a tu propio juicio, porque crees que los demás se alejarán de ti si no haces exactamente lo que esperan – *frente a esto, Irina asiente y baja la mirada*

I: Lo sé, pero no lo hago a propósito

En este fragmento también se puede apreciar como el terapeuta rescata una experiencia de seguridad en el vínculo fuera del contexto terapéutico, enfatizando la experiencia emocional correctiva que supuso que sus padres no la abandonasen cuando dejó los estudios.

Como ya se ha mencionado, entre las expectativas relacionales de Irina se encuentra la necesidad de proteger al otro de sus emociones, y más específicamente de proteger a los adultos, por los motivos expuestos en la formulación del caso. Esto la lleva, en última instancia, a responsabilizarse de su bienestar, incluso aunque esto la perjudique. A fin de abordarlo, el terapeuta lo hace explícito, lo que permite observar con qué conecta Irina. En alguna ocasión le vienen recuerdos del orfanato, aunque no comprende muy bien por qué. El terapeuta elabora una narrativa comprensible y explicativa de lo ocurrido; *“parece que aprendiste que las necesidades de los adultos eran más importantes que las tuyas, ya que expresarte era duramente castigado”*.

De este modo, se trabaja también sobre los modelos operativos internos de Irina respecto de sí misma, al ofrecerle la oportunidad de sentirse capaz de hablar de sucesos traumáticos sin desregularse, así como de sentirse merecedora de cuidados.

Modificación de modelos operativos internos

Tal y como se plantea en el objetivo anterior, sus modelos operativos internos a cerca de los otros se trabajan a través de la propia relación terapéutica, así como explicitándolos y señalando los aspectos de sus relaciones con otros que demuestran que sí son confiables, y son capaces de cuidar, de querer y de respetar.

Este trabajo viene de la mano del realizado respecto a sus creencias sobre el mundo, que se hace del mismo modo que con los modelos operativos internos sobre los otros, pero en este caso señalando que, aunque es comprensible que piense como lo hace por su historia, su realidad actual no es tal hostil como la que ha vivido en el pasado. Por ejemplo, en la sesión número 13, el 27 de junio de 2022, después de que Irina relatase las historias traumáticas de otros niños del orfanato, lo que hacía que Irina mostrase desconfianza hacia el mundo, el terapeuta le dice “tienes razón, eso es muy

injusto, lamento que tuvieseis que vivir eso. Pero es importante que sepas que el mundo no es así, las personas no suelen comportarse de ese modo “.

Por su parte, los esquemas “no soy querible” y “no soy valiosa” se trabajan desde la primera sesión al darle espacio a ella y a sus necesidades, por ejemplo, preguntándole “¿de qué te gustaría hablar hoy?” en lugar de guiar la conversación hacia lo que el terapeuta considere oportuno, o explorando sus aficiones, mostrando siempre un interés genuino frente a sus respuestas, tal y como se observa en la transcripción del día el 28 de marzo de 2022, presentada en más arriba en este mismo apartado (objetivo: establecimiento de un vínculo seguro). Se logra así transmitir el mensaje “tú eres importante para mí; hables de lo que hables, si para ti es importante o interesante para mí también lo será, porque tú me importas”. Asimismo, el terapeuta valida las acciones de Irina y el trabajo que realiza, destacando su eficacia y su capacidad para gestionar los retos del día a día (en primer lugar, de los estudios y, posteriormente, del trabajo). Constituye un ejemplo de ello el fragmento de la sesión número 23, del 21 de noviembre de 2023, expuesto a continuación, en el que Irina pide opinión al terapeuta sobre si seguir en su trabajo en el restaurante (T: Terapeuta, I: Irina):

I: ¿Qué hago? ¿Tú qué harías?

T: ¿Qué prefieres hacer tú? Decidas lo que decidas, para mí vas a seguir teniendo el mismo valor. Eres una persona valiosa, independientemente de en qué inviertas tu tiempo

I: ¿Y si sale mal? Todo el mundo se va en algún momento

T: Mi compromiso contigo está por encima de lo que puedas hacer. Además, no todo el mundo se va, por ejemplo, tus padres no se han ido, ni tu abuelita...—

Detalla el nombre de un par de amigos que mantiene desde la infancia

Del mismo modo, se trabaja su creencia de “soy mala”, tal y como se desarrollará en el objetivo “elaborar el trauma y re-narrar su historia”.

Con todo ello, se pretende también trabajar en la reparación de su narcisismo.

Para lograr que una experiencia modifique la expectativa relacional deben darse muchas situaciones en las que los otros actúen de manera diferente a lo esperado por el sujeto, por lo que lo mencionado hasta el momento es algo recurrente en la terapia.

A través de estos ejemplos se puede apreciar la necesidad de que el terapeuta actúe como base segura, ayudando a Irina a regular su emoción y a desarrollar la función reflexiva, a fin de lograr la modificación de los modelos operativos internos de Irina.

Elaborar el trauma y re-narrar su historia

Tal y como se comentaba en el objetivo “fomentar la regulación emocional”, en las ocasiones en las que la paciente habla acerca de las emociones que ha sentido otra persona, el terapeuta aprovecha para pedir, si no lo hace ella espontáneamente, que conecte con situaciones en las que sintiese dicha emoción en el pasado, algo que da lugar a que comparta historias que le causaron malestar y que no supo gestionar. De esta forma, se ofrece a Irina la posibilidad de conectar con historias pasadas no elaboradas, que presentan una narrativa inadecuada y culpabilizadora respecto a las que, puesto que nunca ha compartido, nunca ha tenido la posibilidad de recibir ayuda para organizarlas. Así, el terapeuta, desde su posición de base segura, facilita que Irina comparta estas experiencias, sintiéndose escuchada y comprendida; experimentando cómo compartir esto no tiene por qué asustar al otro. De este modo, Irina vive como tanto ella como el otro son capaces de sostener una emoción, por desagradable que sea. Esto permite que el terapeuta comience a ofrecer una imagen alternativa a la que ella tiene de sí misma; la

imagen de una persona capaz de gestionar situaciones y emociones de las que no se creía capaz.

Asimismo, el hecho de que Irina traiga a la conversación terapéutica historias pasadas en las que no comprende bien lo ocurrido o que están cargadas de culpabilidad, abre la puerta al terapeuta a re-narrar lo sucedido, ofreciendo una versión más ajustada a la realidad, ayudándola a comprender e integrar una historia desculpabilizadora. Ello suele implicar hacer un gran énfasis en devolver las responsabilidades con las que se carga ella a los adultos que debían asumirlas, como se ve reflejado en la transcripción que a continuación se va a exponer, del día 10 de octubre de 2022 (sesión número 18).

Irina comentaba que, a raíz de un aumento en sus responsabilidades en el restaurante, pidió una subida salarial. Ante esta petición, su jefe le dijo que estaba loca, lo que hace que ahora se sienta culpable, debido a la estrecha relación que guarda con él. Desde su falta de mentalización y su fusión con el otro, Irina se siente responsable de solucionar los problemas de esta persona, quien se apoya excesivamente y de manera inadecuada en ella, pidiéndole un nivel de implicación mucho mayor a lo que cabría esperar en una relación jefe-empleado. Puesto que no concibe ponerle límites o no hacerse cargo de sus problemas, la única vía posible que encuentra es dejar el trabajo, algo que le genera malestar y que teme por decepcionar a su madre, ya que considera que “abandonar cuando las cosas se ponen complicadas es mi tendencia” El terapeuta la hace reflexionar sobre cómo se siente trabajar en un sitio así, “desesperante”, pero refiere no poder dejarlo ahora que su jefe está de viaje porque se sentiría responsable si algo sale mal (T: Terapeuta, I: Irina).

Tras unos meses en terapia, Irina decide dejar los estudios de bachillerato y ponerse a trabajar en una tienda.

T: ¿Por qué te cargas de una responsabilidad que no es tuya?

I: Si me voy me sentiré culpable de por vida, ¿cómo crees que me debería sentir?

T: ¿Por irte de un sitio donde no te tratan bien, te dan muchas más responsabilidades de las que te corresponden y te llaman loca por pedir un salario acorde al trabajo que haces? – *dice con tono de humor, y ambos ríen*

I: Me he dado cuenta, pero sigo sintiéndome responsable. Estar atendiendo las necesidades de una persona de 52 años me supera – *haciendo referencia al jefe, quien le cuenta todos sus problemas*

T: ¿Si te fueras sentirías que estás abandonándole?

I: Sí

T: ¿Te ha pasado antes?

I: Con mi madre en la estación de tren

T: Parece que piensas que los trabajadores tienen que responsabilizarse de que un negocio que no es suyo salga adelante, incluso cuando el jefe no lo hace; del mismo modo que piensas que fue tu culpa abandonar a tu madre cuando tú eras una niña y ella la adulta que debía hacerse cargo de ti

T: Pero ya no soy una niña

I: No eres una niña, pero estás en una situación asimétrica. Haz lo que quieras, pero no desde una responsabilidad que no te corresponde. Si el restaurante no va bien no es por ti, igual que quien se quedó dormida fue tu madre, era su responsabilidad cuidarte, no la tuya

T: Nunca lo había pensado así

A pesar de que este tema ha sido un tema recurrente en terapia, es en esta sesión en la que se produce un insight en Irina.

En esa línea, otra parte muy importante de este trabajo supone explicitar aquello que como niña necesitó y no tuvo, como por ejemplo una figura protectora y

contenedora. Esto hace posible que Irina comprenda que determinados comportamientos sociales que observa en personas de su alrededor no son innatos, sino que les fueron enseñados, y que por tanto es razonable que ella, en ausencia de una figura que la guiase, no pudo desarrollarlos, mostrándole así que no es diferente a los demás, o no es “mala” como ella piensa, sino que su modo de pensar, sentir y actuar es coherente con su historia de vida. El terapeuta le explica de manera recurrente que “es normal que todo lo que has vivido te lleve a protegerte, a no establecer relaciones cercanas porque anticipas que esa gente se va a ir, pero no es cierto”.

Así, se busca que Irina comprenda que a lo largo de su vida se ha comportado y ha sentido de la manera más adaptativa posible, con los recursos de los que disponía, poniendo de manifiesto que su realidad en la actualidad es diferente, y por tanto puede comenzar a relacionarse, a comportarse y a permitirse sentir de manera distinta.

Con todo, se pretende que Irina tenga la oportunidad de traer sucesos traumáticos a sesión, para que, con la ayuda del terapeuta, pueda elaborar adecuadamente esas experiencias e integrarlas en su biografía. Puesto que se trata de hechos muy relevantes y disruptivos en la vida de una niña, el trabajo de los mismos tiene lugar de manera continuada en las sesiones.

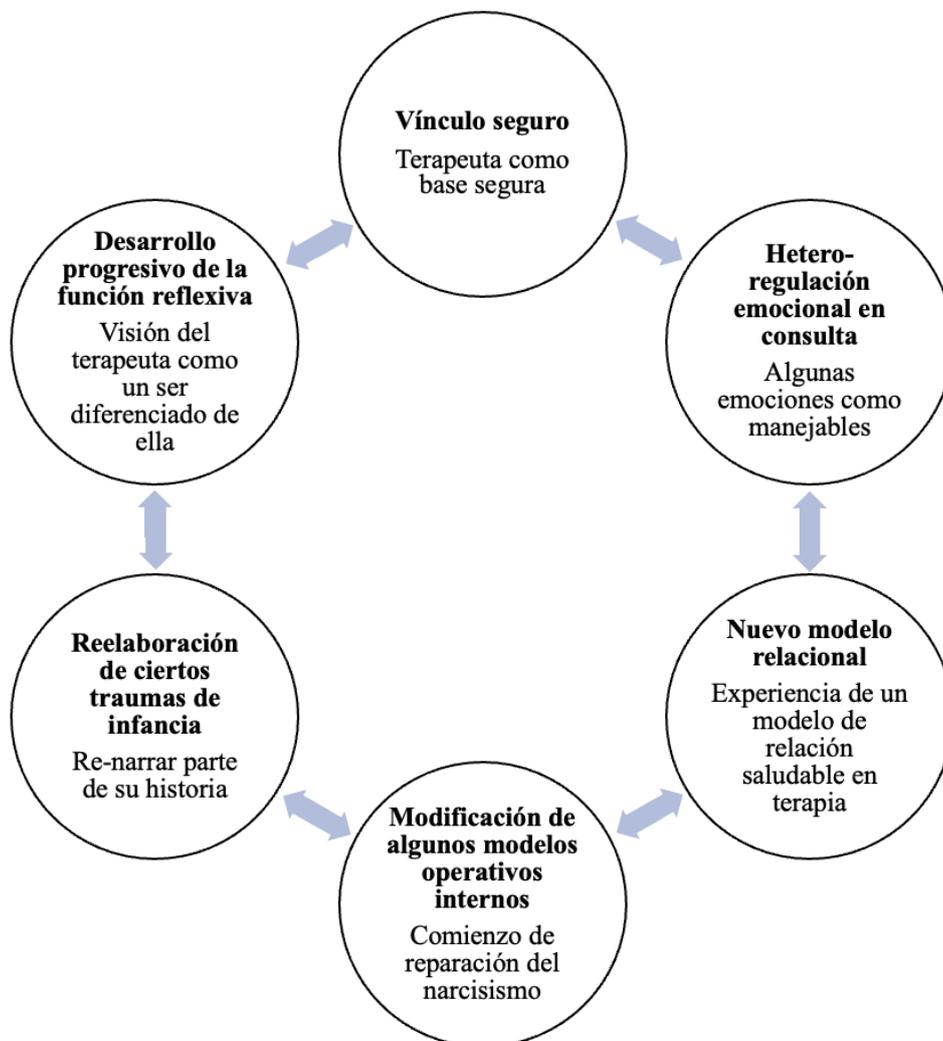
Resultados

El tratamiento se ve interrumpido a principios de marzo de 2023, momento en que Irina deja de acudir a las sesiones, lo cual tiene lugar tras una sesión de gran intensidad emocional, en la que pone de manifiesto una serie de comportamientos inadecuados de índole sexual de manera prolongada en su infancia. Refiere haber salido de la sesión con demasiado malestar, algo que interfiere con su vida cotidiana, motivo por el que decide dejar de acudir temporalmente a las sesiones “necesito tomarme un

descanso, pero prometo que volveré”. El terapeuta trata de concertar una última sesión, a fin de que no se quede con la sensación de que no es capaz de sostener ciertas emociones. Sin embargo, Irina prefiere no acudir. El tratamiento, por tanto, se ve interrumpido. Es posible que, tal y como se mencionó en apartados anteriores, el malestar producido por la situación haya hecho que Irina sienta el espacio terapéutico como algo malo, que es mejor evitar. No obstante, en el transcurso de las sesiones llevadas a cabo se observan las mejorías que a continuación se plantean (figura 5).

Figura 5

Objetivos alcanzados tras 11 meses de terapia



En primer lugar, con el paso de las sesiones, se percibe que cada vez Irina se siente más en confianza para abordar aspectos de su vida que al inicio de la terapia no

quería tratar bajo ningún concepto, lo que habla de un aumento en la seguridad y la confianza en el vínculo. Desde esta posición, nueva para Irina, en la que cuenta con una base segura, se observa cómo comienza a conectar con sus emociones, dejándose empezar a sentirlas, al menos dentro del espacio terapéutico. Especialmente los últimos meses, Irina comienza a hablar con mayor frecuencia de sus emociones, llegando incluso, aunque con cierta vergüenza, a llorar en sesión en diversas ocasiones. Al expresar estas emociones, Irina experimenta procesos de heterorregulación emocional, en los que el terapeuta la ayuda a permitirse sentir y, posteriormente, a calmarse. Esto hace posible que tenga la vivencia de compartir su emoción con alguien sin desregularse y sin que el otro se desregule, se sienta abrumado por su emoción, o huya.

Con todo, Irina comienza a desarrollar su función reflexiva, lo que se ve reflejado en que empieza a ver al terapeuta como un ser diferenciado de ella. Por ejemplo, en enero de 2023, hablando de que la anterior sesión había llorado, dijo “sé que el hecho de que yo llorase para vosotros no sería nada, pero para mí fue el fin del mundo”, a lo que el terapeuta respondió “me alegra mucho que comprendas que somos personas diferentes, y que por más que me duela verte sufrir, tus emociones son tuyas, yo no las siento del mismo modo”. Así, se abre la puerta a un nuevo modelo de relación para Irina, donde ella es importante para el otro y donde el otro está disponible para ella, mostrándose sensible a sus necesidades. Pero no solo eso, Irina también toma conciencia de que es posible que alguien sostenga su emoción, algo que ha experimentado y que la ayuda a regularse. Este otro (el terapeuta), que es responsivo, y, por tanto, es valorado por Irina como bueno, también hace cosas que le hacen sentir emociones desagradables, y no por ello lo devalúa, por lo que parece que, al menos con esta figura, es capaz de integrar lo bueno y lo malo en un mismo objeto. Además, el hecho de poder hablar de sucesos traumáticos de su vida con alguien que la escucha y

recoge su malestar, tiene también una repercusión sobre su visión del mundo y de los otros, ya que se trata de una experiencia en la que un otro que la respeta, la puede ayudar y comprender. Asimismo, tiene un impacto positivo sobre su visión de sí misma en relación con el mundo, puesto que se ve capaz de hablar de aspectos sobre los que necesita ayuda, encontrando protección y comprensión. Del mismo modo, en terapia se enfatizan sus logros a la hora de enfrentarse a obstáculos. Todo ello, afecta positivamente en su visión de sí misma, algo que se ve reflejado cuando lleva a cabo conductas de protección, tales como abandonar un trabajo donde no se la trata de manera adecuada, lo que nos habla de una visión de sí misma como alguien merecedor de respeto.

Sin embargo, la mayoría de estos avances, por el momento, se limitan al espacio terapéutico, lo que se ve reflejado en comentarios de la paciente como “bueno, tú porque eres psicólogo, la gente no es como tú, la gente sí se asusta [cuando compartes con ellos experiencias traumáticas o emociones desbordantes]”, a los cuales el terapeuta responde “entiendo que pienses eso por las vivencias que has tenido, pero lo más frecuente es que los demás sí sean así, pero tienes que darles la oportunidad de serlo”.

Adicionalmente, es destacable que ante situaciones en las que Irina demostraba tener completamente difuso el límite entre ella y el otro, con un pensamiento egocéntrico en el que ella era responsable de la emoción del otro, sin poder ver ninguna alternativa posible, con el paso de las sesiones empieza a tomar en consideración diferentes opciones, aunque aún no cree firmemente en ellas. Por ejemplo, en la sesión número 33, el 8 de febrero de 2023, comenta que su madre estuvo unos días muy seria “yo creo que estaba enfadada conmigo, pero tú me dirías que quizás le ha ido mal en el trabajo... podría ser”. Asimismo, gracias al análisis de las situaciones acontecidas en su vida realizado en terapia de manera recurrente, Irina comienza a sentir algo más de

seguridad en el vínculo con su madre, como se observa en la transcripción adjunta, de la sesión número 29, del 9 de enero de 2023. En ella, Irina hablaba de las limitaciones que le supone su concepto de decepción, por lo que el terapeuta rescata el ejemplo de su madre y los estudios mencionado en el apartado anterior (T: Terapeuta, I: Irina).

T: No hiciste lo que ella esperaba y no solo no te abandonó, sino que vuestra relación mejoró

I: Bueno, porque es mi madre, otra gente no lo haría

Por otra parte, se observa un cambio importante en la conciencia de Irina sobre su forma de relacionarse; a pesar de que siga habiendo mucho trabajo que hacer en esa línea, la paciente empieza a ser consciente de cómo su manera de vincularse interfiere en el mantenimiento de relaciones satisfactorias, y del daño que esto le produce, llegando a verbalizar que es algo que le gustaría modificar.

Por último, durante los meses finales del tratamiento, se observa que ciertos sucesos traumáticos de su infancia temprana, que anteriormente traía a la conversación terapéutica de manera recurrente, están cada vez menos presentes y, en caso de estar, no lo están de la misma manera, es decir, no general el mismo malestar, lo que constituye un indicador de que dicho suceso ha podido ser elaborado. Esto ocurre a raíz de episodios como el representado en el apartado de objetivos, concretamente en el relativo a “elaborar el trauma y re-narrar su historia”, del día 10 de octubre de 2022 (sesión número 18), en los que, tras haber trabajado en diversas ocasiones sobre un determinado acontecimiento, se da un insight. Por tanto, la razón de que estos recuerdos traumáticos aparezcan con menor frecuencia podría relacionarse con que, a lo largo de las sesiones, haya ido reelaborando lo ocurrido.

A modo de conclusión, resulta importante destacar que el objetivo inicial y principal de generar un espacio seguro, donde Irina pudiera compartir experiencias muy

íntimas que le generan gran preocupación para poder abordarlas, se ha logrado con éxito. Incluso a pesar de lo ocurrido, es destacable que Irina haya podido expresar al terapeuta que no está enfadada con él, lo que facilita la posibilidad de que regrese a terapia para poder seguir trabajando en la consecución del resto de objetivos planteados.

Discusión

Tal y como cabía esperar, los objetivos planteados inicialmente no se han podido alcanzar en el transcurso de 35 sesiones, puesto que se trataba de propósitos muy ambiciosos. No obstante, los avances producidos a lo largo del tratamiento han ido en la dirección deseada; Irina ha experimentado la vivencia de contar con una base segura en la terapia, capaz de ayudarla a expresar y regular sus emociones, ofreciéndole la seguridad necesaria para compartir vivencias traumáticas de su pasado que la atormentaban, posibilitando así su re-elaboración bajo una mirada desculpabilizadora. A su vez, se ha fomentado el desarrollo de su función reflexiva y, en general, se le ha brindado un nuevo modelo de relación capaz de cambiar sus configuraciones relacionales previas, debido a que los patrones de interacción adaptativos que se han dado en terapia han sido sostenidos en el tiempo, es decir, se han repetido de manera consistente (Beebe y Lachmann, 1994). Si bien no se han modificado completamente esas configuraciones rígidas y desadaptativas que se encuentran a la base de su manera de vincularse, sí ha tomado conciencia de ellas, lo que abre la puerta a comenzar a flexibilizarlas. Este cambio se debe a que en terapia se le ha ofrecido una nueva configuración relación más adaptativa, a la vez que se interpretaban las configuraciones desadaptativas de la paciente (Perlman y Frankel, 2009).

Así pues, de acuerdo con la literatura, en el caso de Irina se ha observado que, al potenciar la seguridad en el vínculo, se favorece la regulación emocional y la

mentalización y viceversa, a la par que se aumenta la coherencia en el sentido del yo y en la narrativa autobiográfica (Wallin, 2007).

Lamentablemente, el tratamiento se ha visto interrumpido por los motivos expuestos en el apartado anterior. De acuerdo con la literatura existente, el abuso sexual en la infancia constituye un factor de riesgo para que este suceso se repita en etapas futuras de la vida (Fleming et al., 1999) lo que ha recibido el nombre de “revictimización” (Wyatt et al., 1992). En concreto, la revictimización parece aumentar en las personas que han sufrido diversos traumas; las víctimas de abuso físico y sexual en la infancia presentan un mayor riesgo de volver a padecer un abuso sexual que aquellas que, habiendo padecido un abuso sexual, no fueron también maltratadas físicamente (Classen et al., 2005). Estas autoras encontraron en la misma revisión que ciertos factores sociodemográficos como tener antecedentes de familia disfuncional o pertenecer a una etnia minoritaria, aumentaban el riesgo de revictimización. En esa línea, se observa que Irina presenta todos los factores de riesgo expuestos hasta el momento.

Con todo, en base a los avances acontecidos a lo largo de su tratamiento, se espera que Irina pueda volver a terapia cuando se sienta preparada para ello. Desafortunadamente, las limitaciones temporales intrínsecas al formato del presente estudio (trabajo de fin de máster), impiden la demora en su presentación, por lo que dicha información no puede ser incluida.

En esa línea, encontramos otra limitación de este estudio, y es la falta de medidas post-tratamiento. Puesto que el tratamiento no ha concluido, sino que se ha visto interrumpido de forma abrupta cuando la paciente ha dejado de acudir a terapia, no ha sido posible recoger dicha información. Cabe destacar que, aunque esto no hubiera sucedido, habría seguido siendo complicado medir los resultados finales del

tratamiento, ya que, tal y como se anticipó, el modelo de trabajo planteado presumiblemente requería de una intervención de más de un año de duración. En cualquier caso, la sistematización del estudio habría precisado la inclusión de medidas de un mayor número de variables, no solo al finalizar el tratamiento sino también al comenzar. Esto, unido al hecho de que se trata de un estudio realizado en un contexto clínico y no en uno experimental, hacen que los resultados obtenidos no sean generalizables.

Por otra parte, es importante señalar que el marco teórico utilizado, a diferencia de otros modelos en los que se plantean intervenciones altamente estructuradas y breves, ofrece unas directrices generales de trabajo, no tanto un procedimiento con fases específicas en las que abordar de manera concreta la problemática encontrada, algo que, sin duda, dificulta la replicabilidad del estudio.

Adicionalmente, tal y como se plantea en la introducción, no se ha encontrado bibliografía respecto a la estructura de un tratamiento psicoanalítico relacional para trabajar casos de adopción, con la sintomatología frecuentemente asociada a esta condición, como es la presencia de multi-trauma, maltrato infantil y trastornos de la vinculación. Sin embargo, puesto que los resultados obtenidos en el presente trabajo apuntan en la dirección adecuada, resultaría interesante ampliar la investigación en esta área, tanto a nivel clínico, como a nivel de investigación. En esa línea, los estudios de investigación permitirían mejorar las condiciones a fin de aumentar la rigurosidad, lo que facilitaría su replicabilidad, así como el logro de resultados más generalizables.

En conclusión, los resultados obtenidos, si bien no se ajustan a los objetivos inicialmente planteados, van en la dirección deseada, por lo que el psicoanálisis relacional parece un paradigma apropiado desde el que trabajar casos en los que el paciente presente trastorno del vínculo, falta de mentalización y de autorregulación,

fruto de múltiples traumas en su infancia, como ocurre con los niños adoptados de forma tardía de países como Rusia.

Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum.
- Alexander, F., & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. University of Nebraska Press.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2002). *The development of mentalizing and its role in psychopathology and psychotherapy* (Technical Report No. 02-0048). Research Department of Menninger Clinic.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Wiley.
- Arlow, J. A. (1987). The dynamics of interpretation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 56(1), 68-87. DOI: 10.1080/21674086.1987.11927166
- Askeland, K. G., Hysing, M., La Greca, A. M., Aarø, L. E., Tell, G. S. & Sivertsen, B. (2017). Mental Health in Internationally Adopted Adolescents: A Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 203-213.e1. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.12.009
- Atkinson, A. J. (2020). Adoption competent clinical practice. In G. M. Wrobel, E. Helder, & E. Marr (Eds.), *The Routledge handbook of adoption* (pp. 435-448). Routledge.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23 (3), 486-494. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718925022.pdf>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In J. G. Allen & P. Fonagy (eds.), *Handbook of mentalization based treatment* (pp. 185-200). Wiley.

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. y O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, *63*(2), 77-95. DOI: 10.1037/0003-066X.63.2.77
- Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S. S., Smyke A. T., Scheeringa, M., Heller, S. S., & Zeanah, C. H. (2004) Comparing criteria for attachment disorders: Establishing reliability and validity in high-risk samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(5), 568-577. DOI: 10.1097/00004583-200405000-00010
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger*. Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. Basic Books.
- Brodzinsky, D., Gunnar, M. & Palacios, J. (2022). Adoption and trauma: Risks, recovery, and the lived experience of adoption. *Child Abuse & Neglect*, *130*, 105309. DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105309
- Belsky, J., & Cassidy, J. (1994). Attachment and close relationships: An individual-difference perspective. *Psychological Inquiry*, *5*(1), 27-30. DOI: 10.1207/s15327965pli0501_3
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). Sexual revictimization: a review of the empirical literature. *Trauma, violence & abuse*, *6*(2), 103-129. DOI: 10.1177/1524838005275087

- Crittenden, P. M. (2008) *Raising parents: Attachment, parenting, and child safety*.
Routledge.
- DeJong, M., Hodges, J., & Malik, O. (2016). Children after adoption: Exploring their psychological needs. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21, 536-550.
DOI: 10.1177/1359104515617519
- Edwards, D. J., Dattilio, F. M. y Bromley, D. B. (2004). Developing evidence-based practice: The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 589-597. DOI: 10.1037/0735-7028.35.6.589
- Fairbairn, W. R. D. (1946). Object-relationships and dynamic structure. *The International Journal of Psychoanalysis*, 27, 30-37.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23, 145- 159. DOI: 10.1016/s0145-2134(98)00118-5
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. J., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-278). Analytic Press, Inc.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Attachment theory and its place in contemporary personality research. In O. John, & R. W. Robins (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 518-541). Guilford Press.

- Freud, S. (1912). *Obras Completas de Sigmund Freud: Vol. 12. Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Amorrortu.
- Freud, S. (1915). *Obras Completas de Sigmund Freud: Vol. 14. Lo inconsciente*. Amorrortu.
- Freud, S. (1925). The origin and development of psychoanalysis (H. W. Chase, Trans.). In J. S. Van Teslaar (Ed.), *An outline of psychoanalysis* (pp. 21-70). Modern Library. DOI: 10.1037/11350-001
- Freud, S. (1981). *Introducción al psicoanálisis*. Alianza.
- Gómez, B., & Berástegui, A. (2009). El derecho del niño a vivir en familia. *Miscelánea Comillas*, 67(130), 175-198. Recuperado de:
<https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/894/755>
- Greenberg, J., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica social*. Editorial Paidós.
- Hornfeck, F., Bovenschen, I., Heene, S., Zimmermann, J., Zwönitzer, A., & Kindler, H. (2019). Emotional and behavior problems in adopted children - The role of early adversities and adoptive parents' regulation and behavior. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104221. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104221
- Klein, M. (1932). *El Psicoanálisis de Niños*. Paidós.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Lom.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffman, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos

- parentales del apego desorganizado. *Terapia Psicológica*, 29, 107-116. DOI: 10.4067/S0718-48082011000100011
- Legaz, E. (2003). Una aproximación a la adopción desde la teoría del apego. *Informació Psicològica*, 82, 14-20. Recuperado de: <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/379/327>
- Lieberman, A. F. (2003). The treatment of attachment disorder in infancy and early childhood: Reflections from clinical intervention with later-adopted foster care children. *Attachment & Human Development*, 5(3), 279-282. DOI: 10.1080/14616730310001596133
- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6-Month Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913-918. DOI: 10.1097/01.chi.0000222784.03735.92
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. Guilford Publications.
- Losada, A.V & Ribeiro, M. V. (2015). Apego y Adopción. *Borromeo*, 6, 1-15. Recuperado de: <https://www.academica.org/analia.veronica.losada/3.pdf>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). Guilford.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory:*

- Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). Analytic Press, Inc.
- Main, M. (2000). The Organized Categories of Infant, Child, and Adult Attachment: Flexible Vs. Inflexible Attention Under Attachment-Related Stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1096. DOI: 10.1177/00030651000480041801
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66. DOI: 10.2307/3333827
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). The University of Chicago Press.
- Mason, P., & Kreger. (1998). *Stop Walking on Eggshells: Taking Your Live Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder*. New Harbinger.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102. DOI: 10.1023/A:1024515519160
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2021). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*.
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5999_d_Boletin-Proteccion-21.pdf
- Mitchell, S.A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.

- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (2000). *Relationality. From attachment to intersubjectivity*. Routledge.
- Palacios, J., & Brodzinsky, D. (2010). Adoption research: Trends, topics, outcomes. *International Journal of Behavioral Development, 34*(3), 270–284. DOI: 10.1177/0165025410362837
- Palacios, J., Rolock, N., Selwyn, J., & Barbosa-Ducharne, M. (2019). Adoption breakdown: Concept, research, and implications. *Research on Social Work Practice, 29*, 130-142. DOI: 10.1177/1049731518783852
- Perlman, F., & Frankel, K. (2009) Relational Psychoanalysis: A Review. *Psychoanalytic Social Work, 16*(2), 105-125, DOI: 10.1080/15228870903200277
- Pichon Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión.
- Román, M. y Palacios, J. (2011). Separación, pérdidas y nuevas vinculaciones: El apego en la adopción. *Acción Psicológica, 8*(2), 99-111. DOI: 10.5944/ap.8.2.446
- Rosas Mundaca, M., Gallardo Rayo, I., y Angulo Díaz, P. (2000). Factores que influyen en el apego y adaptación de los niños adoptados. *Revista de Psicología Universidad de Chile, 9*, 145-159. DOI: 10.5354/0719-0581.2000.18553
- Ruszczynski, S. (1993). *Psychotherapy with Couples: Theory and Practice at the Tavistock Institute of Marital Studies*. Karnac.
- Solomon, J., & George, C. (1999). *Attachment disorganization*. Guilford Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books.
- Stern, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observation for adult psychotherapy. *Infant*

- Mental Health Journal*, 19, 300-308. DOI: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<300::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P
- Tarren-Sweeney, M. (2017). Rates of meaningful change in the mental health of children in long-term out-of-home care: A seven- to nine-year prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 72, 1-9. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.07.002
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., ... Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: A systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *Lancet Psychiatry*, 7(8), 703–720. DOI: 10.1016/S2215-0366(19)30399-2
- Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F., & Klein Poelhuis, C. (2005). Adoption and cognitive development: A metaanalytic comparison of adopted and non-adopted children's IQ and school performance. *Psychological Bulletin*, 131, 301-316. DOI: 10.1037/0033-2909.131.2.301
- Velasco, R. (2009). ¿Qué es el Psicoanálisis Relacional? *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (1): 58-67. DOI: 10.21110/19882939.2019.130211
- Wallin, D. (2007). *El apego en psicoterapia*. Guilford.
- Winnicott, D. W. (1971). Mirror role of mother and family in child development. In Winnicott, D. W. (ed.), *Playing and reality* (pp. 111-118). Tavistock. (Obra original publicada en 1967).
- Wyatt, G. E., Guthrie, D., & Notgrass, C. M. (1992). Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 167-173. DOI: 10.1037//0022-006x.60.2.167